4

ESSAI
SUR
L'HYDROPISIE,

Présenté et soutenu à l'École de Médecine de Paris, le 5 pluviôse an 9;

PAR ÉMILE NOUEL,

De Nantes, Département de la Loire-Inférieure, Élève de cette École, Membre de la Société d'Instruction médicale.

... Quamobrem ingens mortuorum numerus ex hydrope quotannis in majoribus civitatibus observatur : adeò ut hydrops mortis nuntius potiùs dici mereatur, quàm morbus.

CAMPER, *Dissert. de hydropum indole, etc.* Mém. de la Société de Méd. 1784, 1785.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE MIGNERET, rue Jacob, N.° 1186.

AN IX.

A MON AMI

JACQUES MILLET.

Comme un gage de mon attachement.

E. NOUEL.

PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE.

Les Citoyens

Chaussier, Leclerc,	Anatomie et Physiologie.
Fourcroy, Deyeux,	Chimie médicale et Pharmacie.
Hallé, Desgenetes,	Physique médicale et Hygiène.
Lassus, Percy,	Pathologie externe.
Pinel, Bourdier,	Pathologie interne.
Peyrilhe, Richard,	Histoire naturelle médicale.
Sabatier, Lallement,	Médecine opératoire.
Pelletan, Boyer,	Clinique externe.
Corvisart, Leroux,	Clinique interne.
Dubois, Petit-Radel,	Clinique de l'École, dite de Perfectionnement.
Leroy, Baudelocque,	Accouchemens, maladies des Femmes, Éducation physique des Enfans.
Mahon, Cabanis,	Médecine légale, Histoire de la Médecine.
Thouret,	Doctrine d'Hippocrate, et Histoire des cas rares.
Sue,	Bibliographie médicale.
Thillaye,	Démonstration des Drogues usuelles et des Instrumens de Médecine opératoire.

Par délibération du 19 frimaire, an 7, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

ESSAI

SUR

L'HYDROPISIE.

Dans le nombre prodigieux d'affections morbifiques auxquelles l'espèce humaine est exposée, et qui abrègent si souvent le cours ordinaire de la vie, quelques-unes ont fixé dans tous les temps l'attention des médecins, soit par leur fréquence, soit par le danger qui les accompagne; et sous ce double rapport, il en est peu, sans doute, qui le méritent plus que les affections que l'on connaît sous la dénomination générale d'*hydropisie*. En effet, formant quelquefois, mais peut-être plus rarement que beaucoup d'auteurs ne semblent le présumer, une maladie primitive, devenant, dans une foule de circonstances, la suite fâcheuse de diverses lésions organiques, qui alors constituent réellement la maladie principale; l'hydropisie se présente à chaque pas dans la pratique de la médecine; produite par mille causes dont la nature est souvent opposée, tantôt elle succède à des

affections aiguës, tantôt elle devient la terminaison funeste de beaucoup de maladies chroniques, et presque toujours elle n'est qu'une affection secondaire. S'il importe au jeune médecin de bien connaître une maladie aussi fréquente, et de chercher à déterminer ce que l'art peut, ou ne peut pas contre elle, je serai peut-être excusable d'avoir présenté à cette Ecole un sujet sur lequel nous avons déja des écrits si nombreux.

Mais, au reste, mon dessein n'est pas de faire un traité complet; les bornes d'une simple dissertation, et bien plus encore mes forces ne me le permettent pas; je me contenterai donc d'envisager l'hydropisie sous un point de vue qui ne me paraît pas avoir été fixé d'une manière particulière par la plupart de ceux qui en ont écrit, et qui n'est peut-être pas sans utilité dans la pratique; je veux parler de la distinction des cas où elle constitue vraiment la maladie primitive, et de ceux où elle n'est purement que symptômatique, ou secondaire. Je tâcherai de démontrer que c'est en grande partie sur cette distinction que doivent reposer le prognostic, et la juste appréciation des divers moyens curatifs.

Je suis sur-tout redevable de cette manière de considérer l'hydropisie aux leçons de clinique interne de cette Ecole, où je l'ai vu appuyer par des observations, pour ainsi dire, journalières (1); il m'a été facile

(1) Les citoyens Corvisart et Leroux ont bien voulu

d'en faire des applications fréquentes, en lisant les auteurs qui nous ont transmis beaucoup d'histoires de cette maladie.

Le tableau que nous offre l'hydropisie considérée sous les deux rapports dont je viens de parler, est bien éloigné d'être toujours satisfaisant; au contraire, il retrace trop souvent à notre esprit la situation douloureuse et pénible où se trouve le médecin, lorsqu'il reconnaît l'inutilité de ses secours, et se voit borné à n'être plus que le triste spectateur des phénomènes produits par la cause morbifique, et par la résistance inutile du principe de la vie.

Mais si la considération de toutes les hydropisies ne fait point éprouver à l'homme de l'art ce sentiment délicieux que lui donne l'espoir de rappeler à la vie et à la santé, l'individu qui réclame ses soins, nous n'en devons pas moins faire tous nos efforts pour bien distinguer, dans cette affection, les cas où les secours de la médecine peuvent être suivis de succès, et les cas, malheureusement trop fréquens, où, n'espérant plus rien, nous sommes forcés d'abandonner la nature à elle-même: c'est-là le but principal que je me suis proposé dans cet Essai.

me confier les observations dont j'ai fait usage dans cet Essai, et qui font partie du recueil nombreux qui est entre leurs mains. Cette déclaration, en même temps qu'elle donne de l'authenticité aux faits que j'ai avancés, me fournit l'occasion d'exprimer publiquement ma reconnaissance envers ces deux Professeurs.

Avant d'entrer dans les détails qu'exigera cette distinction, je crois devoir faire précéder quelques considérations sur le caractère de l'hydropisie en général, et sur les causes qui la produisent. Il suffira de parcourir rapidement cette matière, que les connaissances modernes en anatomie et en physiologie ont beaucoup éclairée, mais sur laquelle il nous reste pourtant encore bien des choses à desirer dans plusieurs points.

Nulle découverte depuis celle de la circulation du sang, n'a eu, relativement à la science médicale, une influence aussi marquée que celle des fonctions du système lymphatique; mais c'est principalement sur l'histoire de l'hydropisie qu'elle a répandu de grandes lumières. Il ne sera donc pas inutile de rappeler ici quelques faits anatomiques, qui ont un rapport immédiat avec mon sujet.

Appuyés sur un grand nombre de faits, d'observations microscopiques, et sur l'art des injections, les anatomistes modernes s'accordent tous à regarder comme un fait incontestable, que les artères se continuent par leurs dernières ramifications, et d'une manière immédiate, avec les radicules du système veineux. Il n'est pas moins constant que les parois de ces deux ordres de vaisseaux sont garnies d'une multitude d'orifices, qui servent à la sécrétion des fluides séreux, déposés sous forme de rosée dans les aréoles du tissu cellulaire, et dans les

grandes cavités splanchniques. C'est au moyen d'un ordre particulier de vaisseaux, connus sous les noms d'*absorbans* ou de *lymphatiques*, et dont les radicules nombreuses sont ouvertes dans ces aréoles et ces cavités, que ces mêmes fluides sont repris à mesure que leur dépôt a lieu, et sont reportés dans le système circulatoire. Il existe donc un rapport, ou un équilibre constant dans l'état de santé, entre la sécrétion séreuse et l'absorption des fluides qui en sont le produit. Que l'on suppose le rapport changé, ou l'équilibre détruit entre ces deux opérations, soit que, les fonctions du système absorbant restant intactes, il n'y ait que l'exhalation augmentée, soit que, celle-ci demeurant la même, il n'y ait de trouble que dans la faculté absorbante, soit enfin, (et c'est ce qui se rencontre dans beaucoup de cas) que la même cause rende à-la-fois l'exhalation plus considérable, et diminue l'absorption; alors on a l'idée précise de l'affection morbifique, nommée *hydropisie*, qui consiste essentiellement dans une accumulation de fluides séreux, soit dans l'organe cellulaire, soit dans les grandes cavités du corps, ou bien dans quelques cavités qui se forment accidentellement, et qui portent le nom de *kystes*.

Un des phénomènes généraux les plus remarquables de cette accumulation, c'est que les liquides épanchés ne reçoivent plus l'influence de la force active qui agissait sur eux lorsqu'ils étaient contenus dans leurs

vaisseaux ; alors les loix physiques de la gravitation et de l'hydrostatique reprennent leur empire, et nous voyons ces liquides se porter d'une manière nécessaire vers les parties les plus déclives, et n'avoir d'autres mouvemens que ceux que leur impriment les changemens de situation du corps, ou leur propre pesanteur. C'est sur-tout dans les circonstances où l'organe cellulaire à perdu sa force tonique, que ce phénomène se fait observer.

Les physiologistes modernes regardent comme tout-à-fait semblables et l'exhalation qui a lieu dans tous les points du tissu cellulaire, et celle qui se fait à la surface libre des membranes qui tapissent les grandes cavités et recouvrent les viscères que celles-ci renferment. Ces membranes auxquelles le citoyen Bichat a donné le nom de *séreuses*, ont une texture qui les rapprochent beaucoup du tissu cellulaire, c'est-à-dire, qu'elles paraissent, comme lui, formées en grande partie par un entrelacement de vaisseaux exhalans et absorbans. Cette analogie se trouve encore confirmée par le phénomène de l'hydropisie, qui a également lieu dans ces divers organes, lorsque l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption n'existe plus. La disposition des parties est la seule cause des apparences diverses sous lesquelles se présente la maladie, et des noms différens que les pathologistes lui ont donnés. Ainsi, lorsque les fluides séreux s'accumulent dans l'organe cellulaire, on dit que l'hydropisie

a lieu par *infiltration*, et lorsque cette accumulation se fait dans un des sacs que forment les membranes séreuses, on dit que l'hydropisie a lieu par *épanchement*. Cette distinction porte donc bien moins sur la nature de la maladie, que sur les parties qui en sont le siège.

Si l'on considère les caractères physiques et chimiques des fluides qui se rencontrent dans les diverses hydropisies, on voit qu'ils ont une grande analogie avec le sérum du sang. Ils paraissent être entr'eux de la même nature dans les différens cas, et s'ils varient, c'est seulement dans leur couleur, leur densité, ou dans les proportions des principes qui les constituent. On savait depuis long-temps que ces fluides se coagulaient par l'action de la chaleur, de l'alcool et des acides ; mais l'analyse exacte des chimistes modernes a fait connaître leur véritable composition. On sait donc aujourd'hui qu'ils ne sont autre chose que de l'eau qui tient en dissolution une plus ou moins grande quantité d'albumine, de la soude, quelques sels, tels que le muriate et le phosphate de soude, et enfin une petite portion de soufre.

Mais ce liquide qui forme les hydropisies, est-il absolument le même que celui que fournit l'exhalation dans l'état de santé, le même que celui que charient les vaisseaux lymphatiques? Les recherches d'un médecin Anglais *Hewson*, semblent confirmer cette analogie. Si les expériences qu'il a faites

sur ce sujet laissent peut-être quelque chose à desirer, ou du moins ont besoin d'être multipliées pour donner à ce fait toute la certitude possible, il faut néanmoins convenir qu'elles complètent d'une manière assez satisfaisante l'histoire de l'exhalation et de l'absorption.

Je ne m'arrêterai point à considérer les usages, ni l'importance de l'exhalation séreuse qui a lieu dans tous les points du tissu cellulaire et des membranes qui tapissent les cavités splanchniques : je me hâte d'arriver à l'exposition rapide des causes qui troublent le rapport établi par la nature entre cette exhalation et l'absorption, et permettent aux fluides séreux de s'accumuler hors du systême circulatoire, pour former les diverses hydropisies.

Des Causes des Hydropisies.

Quelque soit le siège d'une hydropisie, il est constant qu'elle reconnaît pour cause prochaine, ou une augmentation de l'exhalation, ou une diminution de l'absorption. Ces deux circonstances qui sont le produit des causes éloignées, se trouvent réunies dans un grand nombre de cas.

On peut, en considérant d'une manière générale ces causes éloignées, les diviser en deux classes, selon qu'elles agissent pour rendre l'exhalation plus abondante ou, pour diminuer l'absorption. Cette matière ayant été traitée fort en détail, par plusieurs

auteurs, n'exige ici qu'un apperçu sommaire.

1.° L'exhalation séreuse peut être augmentée dans les circonstances suivantes : Une des plus fréquentes et des plus générales, est la perte du ton des bouches exhalantes, qui arrive lorsque des causes débilitantes agissent pendant long - temps sur l'économie animale ; telles sont toutes les maladies chroniques (1), et principalement celles qui sont accompagnées d'un grand trouble dans la circulation ; les évacuations excessives, et sur-tout les hémorrhagies, l'habitation dans des lieux bas, l'action d'une atmosphère chargée de beaucoup d'humidité, un mauvais régime, des alimens trop liquides, l'abus des boissons aqueuses tièdes, le défaut d'exercice, certaines affections morales, comme la tristesse, les chagrins profonds, etc. Mais ces différentes causes ne portent pas uniquement leur impression sur nos parties solides, dont elles diminuent l'action tonique ; elles agissent encore sur les liquides, dans lesquels elles introduisent une surabondance de sérosité, et de ces deux effets, il résulte une exhalation plus facile et plus abondante. (2)

---

(1) Les maladies chroniques se terminent presque constamment par le marasme, ou par l'hydropisie. *Voullonne.*

(2) Expériences de *Hales* sur des hydropisies produites artificiellement chez les animaux, en injectant dans leurs vaisseaux artériels, ou veineux, de l'eau tiède. *Hémostatique*, *Exp.* 14 *et* 20.

Des circonstances tout-à-fait opposées à celles qui viennent d'être énumérées, peuvent quelquefois amener un résultat analogue. Ainsi une augmentation de force tonique dans les vaisseaux, une constitution athlétique, une vie dure et exercée, la surabondance des fluides qu'on désigne par le nom de *pléthore*, et qui se rencontre sur les sujets robustes, chez ceux qui font usage d'une nourriture très-succulente, ou qui ont éprouvé la suppression de quelque évacuation habituelle, comme des hémorrhagies, etc. peuvent, dans certains cas, amener un état dans lequel les vaisseaux distendus par les liquides, et réagissant sur eux, avec l'énergie dont ils sont pourvus, déterminent les parties les plus fluides de ceux-ci, à enfiler les bouches exhalantes, ce que l'on pourrait comparer à une sorte d'expression, s'il était permis de l'envisager d'une manière entièrement méchanique. L'observation pratique démontre, que si cette cause de l'hydropisie n'est pas aussi fréquente que beaucoup d'autres, sur-tout dans notre climat, elle n'en est pas moins réelle, et qu'elle demande à être combattue par des moyens fort différens de ceux qu'on emploie le plus ordinairement dans cette maladie.

C'est dans les obstacles qui s'opposent à la marche naturelle des liquides, que nous devons chercher fréquemment la source de l'accroissement de l'exhalation, ou la cause première de l'hydropisie. Parmi ces obsta-

cles, il en est qui se rencontrent fort souvent dans la pratique de la médecine, et dont j'aurai plus d'une fois occasion de parler dans cet essai; ce sont les maladies qui affectent la structure des principaux organes de la circulation. On pourrait même avancer que les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux tiennent un des premiers rangs parmi les causes les plus fréquentes de l'hydropisie, ainsi que le citoyen Corvisart l'a démontré jusqu'à l'évidence dans ses leçons de clinique. En effet, ces affections, lorsqu'elles sont parvenues à un certain point, ne manquent presque jamais de la produire : il me sera facile d'appuyer cette assertion par une foule d'observations puisées dans les divers auteurs, ou recueillies depuis plusieurs années dans les salles de la clinique interne, et je présenterai celles qui me paraissent prouver de la manière la plus évidente que l'hydropisie n'est alors qu'une affection symptômatique, secondaire, et absolument subordonnée à une maladie primitive.

Je ne dois point entrer dans le détail de toutes les actions organiques du cœur et des gros vaisseaux observées jusqu'à ce jour : il me suffit de dire qu'on peut les ranger dans deux classes principales, qui comprennent les dilatations ou anévrysmes de ces parties et les états contre-nature de leurs orifices et de leurs valvules, comme les rétrécissemens, les ossifications, les ulcérations, etc.

En considérant uniquement ces lésions

sous le rapport qu'elles ont avec mon sujet, on apperçoit qu'elles ont toutes un effet qui leur est commun ; c'est de troubler la circulation en détruisant l'harmonie qui doit subsister dans chacune des parties du systême moteur des fluides, pour que cette fonction s'exécute d'une manière convenable. Dans l'état de santé, le passage du sang du systême artériel dans le systême veineux, se fait avec la plus grande liberté, et la quantité de ce fluide que les cavités droites du cœur transmettent aux cavités gauche par l'entremise de l'organe pulmonaire, est alors dans un rapport constant avec celle que ces mêmes cavités gauches poussent dans les artères. Mais cet ordre admirable ne subsiste plus lorsque le cœur tout entier, ou seulement quelques-unes de ses parties se trouvent augmentées dans leur volume, dans l'épaisseur et la force de leurs parois, ou bien lorsqu'au lieu de cette augmentation de volume et d'épaisseur, qui est la plus ordinaire, il n'y a qu'une simple dilatation des parois amincies ; lorsqu'un orifice, qui devait transmettre librement les fluides d'une cavité à l'autre, se trouve plus ou moins resserré, et leur oppose un obstacle insurmontable : cet ordre encore n'existe plus, lorsque ces parties mobiles et régulatrices de la circulation, connues sous le nom de valvules, n'exercent plus leur action importante, parce qu'elles sont endurcies, ossifiées, détruites en tout ou en partie par une sorte d'ulcération, quelquefois garnies de

végétations ou excroissances qui empêchent ou intervertissent leurs mouvemens. Dans tous ces cas, les fluides éprouvent des impulsions et des résistances qui ne sont plus en rapport entr'elles, et il en résulte que leur progression se trouve rallentie dans quelques points et accélérée dans d'autres. Mais quelque soit l'obstacle qui empêche cette progression d'être régulière, et quelque soit le point qu'il occupe, il en résulte un effet qui est toujours le même, en vertu du cercle dans lequel s'opère nécessairement le mouvement des fluides, c'est une augmentation de la pression latérale sur les parois des vaisseaux, ou de la force, qui pousse une partie de ces fluides dans les bouches exhalantes, c'est-à-dire, que la sécrétion de la sérosité devient plus considérable.

Ce phénomène de l'exhalation augmentée, qui a ordinairement lieu d'une manière à-peu-près générale dans toute l'habitude du corps, lorsqu'il est le produit d'un dérangement dans l'organe central de la circulation, se présente aussi quelquefois d'une manière locale, lorsque la circulation particulière de certains organes se trouve gênée, parce qu'ils sont devenus le siège de diverses obstructions, ou d'altérations qui affectent plus ou moins leur tissu, leur consistance, leur volume. C'est ce qu'on observe fréquemment dans les viscères abdominaux, et sur-tout dans le foie et la rate, lorsqu'ils sont attaqués d'un engorgement quelconque. La résis-

tance qu'éprouve le sang qui leur est apporté, détermine facilement une exsudation aqueuse, et la formation d'un épanchement. C'est en produisant un arrêt analogue dans la circulation, que Lower a déterminé de véritables ascites sur des chiens dont il liait la veine cave au-dessus du diaphragme.

C'est de cette manière que l'engorgement des poumons, ou du foie, qui suit assez souvent la suppression d'un flux hémorrhoïdal abondant, et qui est le résultat d'une sorte de pléthore du systême veineux, peut causer des épanchemens séreux dans l'abdomen, ou dans les cavités thoraciques : les observateurs nous en fournissent des exemples. (*Voyez* Bacher, *Recherches sur les hydropisies.*)

Dans l'énumération des causes qui doivent rendre la proportion des fluides séreux plus considérable, et par conséquent augmenter l'exhalation, il ne faut pas oublier les maladies dans lesquelles les fonctions qui servent à débarrasser habituellement l'économie animale d'une grande quantité de ces fluides, se trouvent interrompues : telles sont certaines fièvres exanthématiques, comme la rougeole, la scarlatine, etc. qui empêchent quelquefois l'organe cutané de remplir ses fonctions, et sont assez souvent suivies d'une bouffissure générale. On a vu aussi quelques cas dans lesquels la suppression d'urine a produit des hydropisies.

Enfin, l'exhalation séreuse se trouve augmentée dans une circonstance qui devient souvent la cause de l'hydropisie chez les habi-

tans des campagnes, chez les militaires, etc.; c'est lorsqu'on boit tout d'un coup une grande quantité d'eau très-froide, tandis que le corps est fort échauffé; et sur-tout si les différens couloirs ne sont pas alors disposés à évacuer promptement cette surabondance aqueuse, soit par la constriction que l'impression vive du froid sur les organes gastriques, détermine alors sympathiquement sur la peau, soit parce que l'individu, se tenant en repos après avoir bu, ne favorise plus la transpiration. Cette cause occasionne le plus souvent un hydrothorax, ou une ascite; et c'est une de celles que l'art combat avec le plus de succès. En effet, l'observation démontre que les hydropisies qu'elle produit sont les plus aisées à guérir, et qu'elles cèdent assez facilement aux moyens qui augmentent les diverses évacuations séreuses, et même qu'elles disparaissent quelquefois spontanément. (*Morgagni, de sed. et caus.* Ep. 38. §. 32.)

2.° — L'absorption confiée dans tous les points de l'économie animale à un systême particulier de vaisseaux, peut être diminuée, ou même entièrement abolie, lorsque ces vaisseaux ne jouissent plus convenablement de l'action en vertu de laquelle ils prennent et attirent au-dedans d'eux les fluides avec lesquels ils se trouvent en contact. Cette action qu'on ne peut aucunement comparer à la force qui produit les phénomènes des tuyaux capillaires, puisque la physiologie et la pathologie s'accordent à démontrer qu'elle

est soumise aux grandes loix de la vitalité, peut donc éprouver diverses modifications qui auront la plus grande influence sur la manière dont l'absorption sera exercée. Celle qui se rencontre le plus fréquemment est l'atonie dans laquelle tombent nécessairement les vaisseaux lymphatiques, lorsque des causes débilitantes ont agi pendant long-temps, ou sur le corps entier, ou sur quelques-unes de ses parties; telles sont les longues maladies, les grandes évacuations, les fièvres intermittentes de longue durée, et toutes les autres causes de cette nature qui ont été rapportées ci-dessus. Ce défaut de ton dans un grand nombre d'hydropisies, ne peut être révoqué en doute, lorsque l'on voit l'action des remèdes fortifians dissiper, quelquefois en très-peu de jours, d'énormes collections de sérosité. Ne pourrait-on pas trouver dans un état opposé, c'est-à-dire, dans une sorte de constriction, ou augmentation vicieuse du ton des vaisseaux lymphatiques, une cause de la diminution de l'absorption? Cet état ne pourrait-il pas être l'effet de spasmes prolongés, de l'action vive de certains médicamens, de l'irritation sourde qui accompagne certaines phlegmasies latentes des membranes séreuses? Peut-on rapporter à cet ordre de causes, l'abus des liqueurs alcoolisées qui est une source si fréquente et si funeste de l'hydropisie ascite?

Les travaux de Mascagni lui ont fait voir que chez un grand nombre de sujets morts d'hydropisie, les vaisseaux absorbans, dont

les bouches étaient ouvertes dans les cavités où s'était fait la collection aqueuse, se trouvaient distendus et remplis d'un fluide semblable à celui des cavités. Il a reconnu dans ces cas, en injectant ces vaisseaux avec du mercure, que les glandes dans lesquelles ils venaient se rendre, étaient entièrement engorgées. Ces recherches nous obligent donc à regarder l'obstruction des glandes lymphatiques, comme une des causes qui empêchent l'absorption d'avoir son effet; la dilatation qu'on observe alors dans les vaisseaux absorbans en est une suite nécessaire, puisque leur action n'est point alors interrompue.

Il me semble qu'on doit rapporter aux causes qui mettent obstacle à l'absorption, la rupture des troncs principaux des absorbans; les auteurs font mention de quelques cas, fort rares à la vérité, où de semblables ruptures ont donné lieu à des épanchemens séreux, chyleux, etc. La compression exercée par des tumeurs quelconques sur ces mêmes troncs, ne doit-elle pas troubler également leur action, ou du moins la marche des fluides absorbés? N'est-ce pas à cette cause qu'il faut attribuer en grande partie l'œdème des extrémités inférieures, dans les derniers temps de la grossesse?

Morgagni cite une observation de Scherbius, qui prouve qu'une concrétion arrêtée dans le canal thoracique, peut empêcher le retour des fluides lymphatiques, et déterminer un épanchement séreux dans l'abdomen.

Telles sont les causes auxquelles il faut rapporter le plus souvent l'augmentation de l'exhalation séreuse et la diminution de l'absorption. Il est aisé de voir que plusieurs d'entr'elles produisent tout-à-la-fois ces deux effets. Ainsi, l'état de faiblesse ou de relâchement, auquel il faut attribuer l'hydropisie dans beaucoup de circonstances, frappe également les bouches absorbantes et les bouches exhalantes : l'état de pléthore qui rend dans quelques cas l'exhalation plus forte, peut aussi rendre l'absorption plus difficile, les vaisseaux lymphatiques se trouvant plus ou moins comprimés ou gênés par la distension qu'éprouve alors tout le systême vasculaire ; enfin, des désordres organiques dans les viscères, des obstructions, des squirrhes, etc. peuvent déterminer à-la-fois une plus forte exhalation, et troubler le jeu de quelques parties du systême absorbant.

Il n'est pas rare de trouver dans les observateurs (*Dehaën*, *Camper* et autres) des cas où l'on a vu des épanchemens aqueux se former en très-peu de temps, et surpasser de beaucoup la quantité de boisson qu'avait prise le malade. Plusieurs médecins ont pensé que l'humidité de l'atmosphère, repompée par les absorbans de la peau, concourait alors nécessairement à la formation de ces épanchemens. L'absorption cutanée jouerait-elle un rôle actif dans quelques hydropisies, et sur-tout dans l'ascite ? Serait-elle augmentée dans cette dernière

affection, lorsque la peau présente une aridité particulière, qui est souvent fort remarquable ? Peut-on penser que c'est en s'opposant à l'augmentation de la faculté absorbante de cet organe, que les onctions huileuses à l'extérieur, recommandées par quelques praticiens, ont eu des succès dans certaines circonstances ? Pour répondre d'une manière précise à ces questions, qui laissent tout au plus entrevoir quelques probabilités, il faudrait des recherches multipliées et beaucoup d'expériences rigoureuses, sans lesquelles cette partie de l'histoire des hydropisies restera long-temps imparfaite.

Les différentes causes que je viens de rapporter peuvent produire des hydropisies partielles, ou des hydropisies générales. Lorsque la plupart d'entr'elles ont agi pendant long-temps sur l'économie, elles finissent presque toujours par introduire dans les solides et les fluides une disposition qui a reçu de quelques auteurs le nom de *diathèse hydropique* : il résulte de cette disposition, que les liquides albumineux s'accumulent de plus en plus hors des vaisseaux sanguins, que les fluides nourriciers se détériorent, et que la nutrition ne s'opère plus convenablement; enfin, que tout le corps semble se résoudre en sérosité. C'est cet état qu'Arétée désigne par les mots ἐς τὸ ὕδωρ ξυντήκουσα ἕξις, *habitude du corps qui se fond en eau*, et dans lequel l'hydropisie existe en même temps dans le tissu cellulaire et dans la plupart des cavités séreuses.

Après avoir exposé le plus grand nombre des causes qui donnent naissance à l'hydropisie, je vais, d'après le but que je me suis proposé, considérer les espèces principales de cette affection, dans les circonstances où elles sont essentielles, et dans celles où elles sont symptômatiques. Je nommerai donc *essentielles*, ou *primitives*, les hydropisies qui sont le résultat d'un simple défaut de rapport entre l'exhalation et l'absorption, et dans lesquelles ce défaut de rapport ne peut être attribué à des lésions organiques, ou autres affections qui ont évidemment précédé l'accumulation de la sérosité. Je donnerai le nom de *symptômatiques*, ou *secondaires*, à celles qui viennent à la suite de maladies qui attaquent l'organisation des viscères, et dans lesquelles la disposition hydropique n'est réellement plus qu'un symptôme.

Je n'examinerai dans cet Essai que les hydropisies dont le siège est dans l'organe cellulaire, et celles dont le siège est dans l'intérieur des membranes séreuses qui tapissent les grandes cavités splanchniques.

De l'Hydropisie du tissu cellulaire.

Quelques auteurs lui ont donné les noms d'hydropisie par *infiltration*, par *diffusion*, *etc.* Dans certaines circonstances, elle occupe le systême cellulaire en entier; dans d'autres, elle est bornée à quelques-unes de ses parties; enfin, elle existe très-fréquemment avec des hydropi-

sies particulières des membranes séreuses ; soit qu'elle les ait précédées et déterminées ; (car il est fort rare qu'elle ne produise pas à la longue des épanchemens plus ou moins considérables dans les grandes cavités) ; soit qu'elle doive naissance, au contraire, à ces mêmes hydropisies, qui, après avoir existé seules, lui auront enfin donné lieu.

Il serait tout-à-fait inutile d'insister longuement sur les signes qui établissent le diagnostic de cette hydropisie. Une tuméfaction molle, égale, sans élasticité, recevant et conservant plus ou moins long-temps l'impression des doigts, fait reconnaître sur-le-champ que les aréoles du tissu cellulaire, sont occupées et distendues par un liquide. Ce n'est pas seulement la portion de ce tissu qui entre dans la composition de l'organe cutané, qui est le siège de l'infiltration ; l'inspection cadavérique a mille fois démontré, que tous ses prolongemens qui environnent les muscles, ou pénètrent dans leurs interstices, partagent alors la même disposition, à raison des communications établies entre toutes les cellules dont il se compose.

Cette hydropisie qui présente dans quelques cas des symptômes particuliers, en présente aussi quelques-uns qui sont communs à la plûpart de ses espèces, et qui sont une suite de la disposition des parties qu'elle affecte. Ainsi, dans toute hydropisie cellulaire générale, la circulation ne se faisant plus aussi librement que dans l'état

naturel, dans les extrémités capillaires des vaisseaux qui sont alors comprimées, il en résulte que les liquides refluent vers les gros troncs, le cœur et l'organe pulmonaire, et rendent, par ce moyen, la respiration plus ou moins gênée : la distension de toutes les parties du tissu cellulaire presse en tout sens les muscles, et empêche leur action ; aussi tous les mouvemens ne s'exécutent-ils qu'avec beaucoup de peine. Le plus souvent, la peau ayant été long-temps abreuvée et distendue, finit par perdre ses propriétés vitales, sa tonicité, sa sensibilité et sa caloricité.

On trouve dans le plus grand nombre des auteurs qui ont écrit sur l'hydropisie, deux dénominations par lesquelles ils désignent celles de l'organe cellulaire, la *leucophlegmatie*, et l'*anasarque*. Il en est parmi eux qui emploient indistinctement ces deux mots, ou ne paraissent admettre quelque différence entr'eux, que parce qu'ils appliquent le premier à la maladie commençante, et le second à la maladie avancée. Quelques-uns, au contraire, regardent la leucophlegmatie et l'anasarque, comme des affections de nature différente, et qui ne doivent point être confondues l'une avec l'autre ; mais leur distinction laisse peut-être quelque chose à desirer, en ce qu'elle porte sur des circonstances qui ne sont pas déterminées d'une manière assez précise. Sans admettre cette division de l'hydropisie cellulaire, je vais essayer de tracer les caractères qu'elle

présente, dans les divers cas où nous apercevons des différences bien prononcées dans ses phénomènes, dans sa marche ou dans les indications qu'elle offre pour le traitement : j'indiquerai également la distinction que je me suis proposé d'appliquer à toutes les hydropisies.

Parmi les auteurs qui ont distingué la leucophlegmatie de l'anasarque, Arétée est un de ceux qui se sont le plus occupés à caractériser l'une et l'autre. Il tire les principales différences, de l'état des fluides infiltrés. Dans la première, selon lui, un phlegme sans couleur, épais, froid, se trouve surabondant dans tout le corps, tandis que dans l'anasarque, les chairs sont comme fondues en un fluide sanguinolent aqueux, ténu, qu'il compare au liquide séreux extravasé dans les fortes contusions (1). Mais comme nous n'avons point encore d'expériences directes, ni d'analyses rigoureuses qui nous fassent reconnaître des différences bien déterminées entre les fluides qui constituent l'hydropisie cellulaire, dans les divers cas, je pense qu'il est plus convenable de la distinguer par les phénomènes qui l'accompagnent, et que nos sens peuvent aisément saisir.

Des circonstances fort différentes par leur nature, peuvent donner lieu à cette hydropisie ; les phénomènes qu'elle offre,

---

(1) *Maladies chroniques*. L. 2. ch. 1.er

doivent donc également varier, ainsi que les indications curatives. L'impression profonde de toutes les causes affaiblissantes, ou de celles qui augmentent la proportion des fluides séreux, peut la produire, et alors elle doit se rencontrer avec une grande diminution des forces vitales. Dans d'autres cas, elle peut être due à une augmentation de ces mêmes forces, à un état de pléthore, à une grande énergie du système de la circulation. Enfin, dans ces diverses circonstances, elle peut constituer une maladie essentielle, ou n'être qu'une affection symptômatique.

L'hydropisie cellulaire se présente avec tous les phénomènes qui annoncent un défaut d'énergie vitale, chez les sujets d'une constitution délicate, molle et lymphatique, ou qui retiennent, dans l'âge adulte, les caractères du tempérament approprié à l'enfance; chez ceux qui vivent dans une atmosphère humide, qui n'éprouvent point l'influence de la lumière, et qui mènent une vie sédentaire, ou peu active; chez ceux qui font leur principale nourriture d'alimens aqueux, farineux, etc. Elle paraît encore de la même manière chez les individus qui ont éprouvé de grandes évacuations, ou des maladies qui ont amené un grand affaiblissement, comme certaines affections chroniques, certaines fièvres intermittentes. Toutes ces circonstances apportent chez le sujet soumis à leur action, des changemens qui ne se manifestent souvent qu'avec lenteur; ainsi

l'énergie vitale diminue peu-à-peu, et les différens modes de cette force active, tels que la sensibilité, la motilité, la caloricité, éprouvent un affaiblissement remarquable ; les diverses fonctions de l'économie s'altèrent, la circulation languit, et bientôt le systême absorbant des parties les plus éloignées du foyer de la vie, partageant l'atonie universelle, cesse de repomper les fluides que cette dernière fait exhaler avec d'autant plus de facilité, qu'ils semblent plus ténus et moins élaborés ; alors le tissu cellulaire devient le siège d'une infiltration qui commence ordinairement par occuper les extrémités inférieures, et d'autres fois se manifeste par une bouffissure de la face qui se répand bientôt sur le reste du corps. La couleur de la peau devient d'un blanc laiteux ; elle est souvent plus froide au toucher que dans l'état naturel ; et comme elle a perdu sa force tonique, les doigts y font des impressions profondes, et qui subsistent assez long-temps. Les caractères du pouls sont la petitesse, la mollesse, la lenteur. Dans ces cas, la soif est rarement très-grande, et l'urine est en général peu colorée.

Tels sont les caractères qui accompagnent l'hydropisie cellulaire, à laquelle plusieurs auteurs ont donné le nom de *leucophlegmatie*. Il n'est pas rare de rencontrer cette espèce absolument indépendante de lésions organiques, et formant une des hydropisies que nous avons nommées primitives, ou essentielles. Dans ce cas, elle cède facile-

ment aux moyens qui stimulent l'énergie vitale, et qui déterminent en même temps d'abondantes excrétions séreuses. Les exemples de cette espèce d'hydropisie se trouvant très-multipliés chez tous les observateurs, je n'en citerai qu'un petit nombre.

Frédéric Hoffmann rapporte qu'une femme de trente ans, fit au troisième mois d'une grossesse, une fausse-couche dans laquelle elle perdit une énorme quantité de sang; il en résulta une faiblesse considérable; et comme la malade buvait beaucoup, elle devint enflée de la tête aux pieds, peu de temps après son accident; elle se plaignait de dyspnée, de pesanteur de tout le corps, et de suppression d'urine. On la purgea deux fois avec l'élatérium, ce qui lui fit rendre par les selles une quantité prodigieuse de sérosité. Des stomachiques et l'usage du vin assurèrent sa guérison qui fut bientôt parfaite.

Un cordonnier âgé de 37 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant été déja attaqué d'une infiltration générale il y avait plusieurs années, habitait un rez-de-chaussée très-humide, dans lequel le feu d'un poële avait entretenu pendant l'hiver pluvieux de l'an 6, une sorte de bain de vapeur continuel; il se déclara quelque temps après chez lui, une hydropisie cellulaire, pour laquelle il se rendit à l'hospice de Clinique interne. L'infiltration qui avait commencé par le visage, occupait tout le corps, à l'exception des membres thoraciques, où elle

était peu remarquable. Sa figure, très-bouffie, avait une teinte blaffarde, ainsi que toute sa peau; son urine était limpide, et moins abondante que dans l'état de santé; son pouls était aussi plus lent et plus rare. Cette affection fort simple céda très-promptement à l'usage des diurétiques et de quelques évacuans. Les selles furent abondantes pendant plusieurs jours, l'urine reprit son cours et redevint colorée. Il est à remarquer que l'infiltration s'en alla successivement comme elle était venue, c'est-à-dire, que les membres abdominaux désenflèrent d'abord, le tronc ensuite, et qu'enfin la bouffissure du visage disparut la dernière.

C'est à ces sortes d'hydropisies, que se rapporte évidemment cet aphorisme d'Hippocrate : « S'il survient une forte diarrhée » chez un leucophlegmatique, elle dissipe » la maladie (1). »

Il me semble qu'on doit ranger à côté de cette hydropisie cellulaire essentielle, les œdèmes qui n'affectent que les pieds, ou les jambes, à la suite des maladies qui ont beaucoup affaibli le sujet qui les a souffertes. Quelques vieillards en présentent aussi d'analogues, qu'il faut bien distinguer de ceux qu'on observe assez souvent chez eux, et qui sont accompagnés de dyspnée et autres phénomènes qui annoncent une affection

---

(1) Ἠν ὑπὸ λευκοῦ φλέγματος ἐχομένῳ διάῤῥοια ἐπιγένηται ἰσχυρὴ, λύει τὴν νοῦσον. *Sect. 7. Aphor. 29.*

du côté de la poitrine, comme un engorgement des poumons, un hydrothorax, etc. Les infiltrations partielles dont je parle ici, ne sont que le résultat de la débilité qui se fait sentir plus fortement dans les parties éloignées du centre, et elles disparaissent toutes les fois que ces parties peuvent reprendre le ton qu'elles avaient perdu.

Les caractères essentiels et distinctifs de l'espèce d'hydropisie que je viens de considérer, sont donc un état de relâchement, d'atonie, dont paraît être frappé le système des solides, et particulièrement l'organe cellulaire (1), puis une certaine surabondance des fluides séreux qu'on reconnaît facilement, et dont on peut trouver la source dans toutes les circonstances qui ont amené la maladie. Il est vraisemblable que c'est à raison de cette plus grande quantité d'eau répandue dans tout le corps, et qui abreuve chacune de ses parties, que la soif est pour l'ordinaire moins considérable que dans beaucoup d'autres cas d'hydropisie, où il semble que l'infiltration n'ait lieu qu'aux dépens de la sérosité qui entre dans la composition naturelle du sang, de sorte que celui-ci s'en trouve bientôt privé, ce qui produit le desséchement des parties qui ne participent point à l'infiltration, et l'alté-

---

(1) Cet organe qui n'est pourvu naturellement que d'un médiocre degré de force tonique, doit éprouver aisément les effets de la débilité générale.

ration qui tourmente quelquefois si cruellement les malades.

L'hydropisie cellulaire avec atonie de tout le systême, n'est pas toujours essentielle, et il n'est pas rare de l'observer à la suite d'un grand nombre d'affections organiques, lorsque le sujet y est d'ailleurs disposé par sa constitution, par les circonstances qui l'environnent, et lorsque la maladie primitive a duré pendant fort long-temps, et a profondément détérioré les solides et les liquides, comme on le remarque dans beaucoup d'obstructions des viscères, dans quelques phthisies, etc.

On rencontre fréquemment l'hydropisie cellulaire dans des circonstances où l'on ne peut aucunement l'attribuer à l'action des causes débilitantes, et où les forces du malade se conservent quelquefois pendant long-temps. C'est à cette espèce d'hydropisie qui est presque toujours symptômatique et dépendante d'une lésion dans l'organisation de quelque viscère, qu'on doit rapporter, ce que disent de l'anasarque, la plupart des auteurs qui l'ont distinguée de la leucophlegmatie. Cette hydropisie, en général, n'est donc point précédée par les causes qui affaiblissent l'économie animale; mais elle est presque constamment la suite d'une maladie organique, et sur-tout de celles qui attaquent le principal organe de la circulation; elle peut survenir par conséquent chez des individus dont les forces sont dans l'état naturel, et même chez les sujets d'une constitution athlétique. N'étant

pas produite par les mêmes causes que celle dont j'ai déja parlé, il n'est pas étonnant qu'elle se montre sous des apparences un peu différentes. Ainsi, avant qu'elle se manifeste, on peut observer les symptômes particuliers qui appartiennent à l'affection dont elle n'est qu'une suite. L'enflure commence toujours, dans ces cas, par les extrémités inférieures, et ordinairement ses progrès sont bien moins rapides que dans l'hydropisie accompagnée de débilité et de cachexie séreuse, ce qui tient à la force tonique dont le tissu cellulaire est pénétré, et en vertu de laquelle il oppose une plus grande résistance à sa distension. Cette disposition du tissu cellulaire rend l'infiltration plus ferme, et empêche la sérosité de passer aussi facilement d'une cellule à l'autre; aussi l'impression des doigts forme-t-elle des cavités bien moins profondes, et qui s'effacent bien plus vîte. Cette hydropisie n'étant souvent que l'effet des obstacles qu'éprouve la circulation, il en résulte qu'elle n'est point accompagnée de la teinte pâle et laiteuse repandue dans l'autre espèce sur la face et sur toute la peau; la figure, au contraire, est souvent injectée, et l'habitude du corps participe plus ou moins à cette sorte d'injection, qui vient du gonflement des vaisseaux capillaires, et sur-tout de l'arrêt du sang dans le systême veineux (1). On n'ob-

(1) Οἱ δὲ ἀνάσαρκα, μελάγχλωροι, μελανοφλέβες. Ceux qui sont attaqués d'anasarque, ont une teinte

serve point une diminution notable dans la chaleur du corps, elle est même quelquefois augmentée dans certaines parties ; la peau peut aussi devenir rouge en quelques endroits, et s'enflammer d'une manière analogue à l'érysipèle. Au lieu de la lenteur, de la mollesse et de la petitesse du pouls qui appartient aux hydropisies cellulaires par relâchement, on trouve quelquefois de la force, du développement, de la roideur ou d'autres caractères particuliers qui dépendent de l'affection essentielle, c'est-à-dire, le plus souvent d'une maladie organique du cœur. La soif est ordinairement plus considérable, et j'ai dit plus haut à quelle cause il fallait l'attribuer ; l'urine est aussi plus rare et plus foncée en couleur.

Si la comparaison des causes et des phénomènes de l'hydropisie cellulaire dans les deux circonstances où je viens de l'examiner, ne suffisait pas pour établir une distinction bien réelle entre ces deux espèces ; nous pourrions en trouver encore une autre dans la facilité avec laquelle l'art combat le plus souvent la première, et dans l'impossibilité où il est dans la seconde de diriger avec succès ses efforts contre la cause primitive du mal, (1) il peut bien

---

sombre et verdâtre, et leurs veines sont colorées en noir. *Arétée.*

(1) Τῶν δὲ ὅλου τοῦ σκήνεος ὁ λευκοφλεγματίας τοῦ ἀνασάρκα μείων. Parmi les hydropisies qui occupent toute l'habitude du corps, la leucophlegmatie est moins fâcheuse que l'anasarque. *Arétée.*

diminuer jusqu'à un certain point l'accumulation de la sérosité ; mais comme il ne peut rien contre l'affection organique qui détermine cette accumulation, ses moyens doivent toujours être à peu près inutiles : aussi voyons-nous échouer tous les jours, dans ces sortes d'hydropisies, les apéritifs, les diurétiques et les hydragogues les plus vantés, ainsi que les secours que nous offre la médecine opératoire ; ou s'il résulte quelque avantage de leur emploi, il n'est jamais que momentanée, et ne peut faire illusion au médecin.

Les exemples suivans viennent à l'appui de ce que j'ai avancé sur cette espèce d'hydropisie où l'énergie vitale existe encore, et qui est presque toujours symptômatique.

Un homme de cinquante-trois ans, robuste, et travaillant à la terre, fut reçu à la Clinique interne, au mois de prairial, an 8. Il était arrêté depuis deux mois par une grande dyspnée, de la toux, et de violentes palpitations dont il faisait remonter beaucoup plus loin l'origine, sans se rappeler les causes qui pouvaient les avoir déterminées. Sa figure était animée et tendait à la bouffissure ; il respirait avec peine, quoiqu'il n'y eût pas de signes d'épanchement notable dans les cavités thoraciques ; le son obsur rendu en frappant la région du cœur, les battemens de cet organe qu'on sentait dans une grande étendue, et jusques dans la région épigastrique, le pouls petit,

concentré, irrégulier, firent reconnaître aussitôt que ce viscère était le siège d'une lésion organique. Déja les membres abdominaux commençaient à enfler. La marche de la maladie fut rapide ; en peu de jours la dyspnée augmenta, la figure devint plus injectée, l'infiltration gagna les parties génitales et les parois de l'abdomen ; elle était ferme et résistante ; la soif était considérable, et il se sécrétait peu d'urine ; enfin le malade périt dans un accès de suffocation. — On ne trouva qu'une fort petite quantité d'eau dans les cavités splanchniques. Le cœur d'un volume énorme s'étendait transversalement dans le thorax, autant à droite qu'à gauche. Deux des valvules aortiques, au lieu d'être libres et flottantes, étaient retenues, à demi abaissées, par un tubercule cartilagineux, de la grosseur d'un pois, qui était interposé entre elles.

Un tailleur, âgé de trente-trois ans, d'une forte constitution, vint au commencement de germinal an 8, à la Clinique interne. L'invasion de sa maladie remontait à trois ou quatre ans. Une course longue et forcée, dans un moment où il était saisi de la plus grande frayeur, avait déterminé chez lui de la dyspnée, une toux sèche et des palpitations qui étaient devenues de plus en plus fortes. Ces phénomènes se renouvellaient au moindre mouvement du malade, dont la figure était animée et injectée. Les battemens du cœur étaient tumultueux, et se faisaient avec une sorte de bruissement.

Toutes les autres fonctions, et sur-tout celles du systême digestif, se faisaient parfaitement bien. Il n'y avait aucun signe d'épanchement dans la poitrine, ni dans l'abdomen. Il n'y avait pas non plus d'infiltration, d'abord, mais elle ne tarda pas à survenir aux extrémités inférieures. Le malade voyant que son état ne s'améliorait pas, sortit quarante jours après son entrée, mais il revint peu de temps après. Déja sa figure commençait à s'altérer, et bientôt tous les phénomènes dépendans de la maladie organique du cœur devinrent de plus en plus graves; son sommeil était troublé par des rêves effrayans, et il se réveillait souvent en sursaut. La sécrétion de l'urine diminua; l'infiltration fit des progrès, elle gagna les parois de l'abdomen et même les bras et les mains; elle était ferme, et la couleur naturelle de la peau n'était point changée. Le foie devint douloureux, il parut des hémorrhoïdes qui firent souffrir beaucoup le malade, et un épanchement manifeste se forma dans la cavité abdominale. Tous les remèdes qu'on ne donnait que comme des palliatifs, ne remplissaient même pas ce but, et leur effet était à-peu-près nul. Cependant l'enflure devint si prodigieuse et si gênante, qu'on fit des scarifications aux jambes; il s'écoula une quantité fort grande de sérosité, et comme il y avait beaucoup d'énergie vitale chez le sujet, la peau revint promptement sur elle-même. Le soulagement que cette

évacuation procura, ne fut que de courte durée ; les plaies des scarifications s'enflammèrent et devinrent douloureuses, ce qui mit obstacle à un plus long écoulement du liquide séreux. En peu de temps les hydropisies cellulaire et abdominale se trouvèrent aussi considérables qu'elles l'avaient été, et augmentèrent jusqu'à la fin de la maladie. On observa, dans les derniers temps, que les battemens du cœur avaient un peu moins de force, et se faisaient sentir dans différens points de la région antérieure du thorax, comme si la pointe de cet organe était venu frapper, tantôt dans un lieu, tantôt dans un autre. Ce phénomène fit penser au citoyen Corvisart, que le péricarde pouvait être le siège d'un épanchement, ce qui fut confirmé par l'inspection cadavérique. Enfin, après sept mois de séjour à l'hospice, les accidens propres à la maladie essentielle, comme les anxiétés, les suffocations, devenant chaque jour plus insupportables, le malade expira, après avoir craché du sang dans une agonie de quelques heures.

Il y avait infiltration générale de tout le tissu cellulaire ; les cavités thoraciques ne contenaient que fort peu d'eau ; mais le péricarde qui était extrêmement distendu, et qui occupait presque tout le diamètre transversal du thorax, en contenait plus d'une pinte. Le volume du cœur était fort augmenté ; l'orifice du ventricule aortique était rétréci, et formait une sorte de fente

courbe, irrégulière, présentant des duretés et quelques aspérités osseuses. La valvule mitrale était dure et comme ossifiée, les aortiques étaient épaisses et recoquillées. L'abdomen contenait une fort grande quantité de sérosité teinte en jaune, le foie était très-dense, dur et singulièrement gorgé de sang.

J'ai rapporté cette observation avec quelques détails, parce que j'aurai occasion de la rappeler dans la suite, en parlant de quelques autres hydropisies.

Ces exemples, que je pourrais facilement multiplier, suffisent, je crois, pour établir une différence manifeste entre les divers cas d'hydropisies cellulaires.

Il en est une autre espèce, plus rare que les précédentes, et qui se rapproche à quelques égards de celle où l'on n'observe pas d'atonie générale, ni de cachexie séreuse; elle mérite une attention particulière de la part du médecin, parce que les circonstances qui la produisent sont absolument opposées à celles qui déterminent le plus souvent l'hydropisie, et que conséquemment on doit la combattre par des moyens qui diffèrent également de ceux qui sont le plus usités dans cette affection.

Elle a été fixée par un assez grand nombre d'observateurs, tels que Hoffmann, Bacher, Medicus, Stoll et autres, qui lui ont donné les noms d'hydropisie pléthorique, *hydrops plethoricus, ortus à plethorâ.* Avant eux, Hippocrate avait reconnu que l'hydropisie

n'était pas toujours de la même nature, et qu'elle pouvait se rencontrer avec toutes les circonstances qui favorisent une pléthore sanguine, comme la saison du printemps, la fleur de l'âge, une constitution robuste, et il conseille alors l'emploi de la saignée (1).

Les causes qui déterminent cette hydropisie, sont en général toutes celles qui peuvent produire la pléthore des vaisseaux sanguins. On l'observe donc de préférence chez les jeunes gens, sur-tout ceux qui ont un tempérament athlétique, chez les sujets qui font usage d'une nourriture très-succulente, chez ceux qui ont éprouvé la suppression de quelque hémorrhagie habituelle. Stoll remarque à cette occasion qu'elle se rencontre assez souvent chez les jeunes filles des campagnes, d'une constitution robuste, dont les solides ont de la rigidité, et dont les règles ont été supprimées par l'impression subite du froid, par une frayeur, etc.

Elle est accompagnée de tous les signes qui caractérisent la vigueur des solides, et la plénitude des vaisseaux; la peau est plus ou moins colorée, la résistance du tissu

---

(1) Ἢν δὲ δύσπνοος ῇ καὶ ἡ ὥρη ἐαρινὴ ἐοῦσα τύχῃ, καὶ ἡλικίη ἅμα ἀκμάζῃ, καὶ ῥώμη ῇ, ἀπὸ τοῦ βραχίονος αἷμα ἀφαιρέειν.... περὶ διαίτης ὀξέων.....

Lorsqu'il y a gêne de la respiration, qu'on est dans le printemps, et que le malade est dans la fleur de l'âge et vigoureux, on doit tirer du sang du bras. . . . *Du Régime dans les maladies aiguës.*

cellulaire empêche l'impression des doigts d'y subsister long temps ; la soif est vive, les urines sont rares ; le pouls est plein, fort et dur ; l'absence de toutes les causes débilitantes, la fait aisément distinguer des hydropisies par relâchement ; et l'absence des phénomènes propres aux diverses affections organiques, empêche de la confondre avec les hydropisies qui appartiennent à ces affections.

L'hydropisie pléthorique consiste le plus souvent dans une infiltration générale du tissu cellulaire. Dans d'autres circonstances, on l'a vue bornée aux extrémités inférieures, et dans quelques cas, on a observé en même temps un épanchement dans les cavités thoraciques.

Cette hydropisie, qu'il faut évidemment ranger parmi les essentielles, doit être traitée par les moyens anti-phlogistiques, c'est-à-dire, la saignée, les délayans, etc. L'usage des remèdes actifs, stimulans, tels que les apéritifs et les hydragogues, loin d'apporter du soulagement, rend, au contraire, la maladie toujours plus grave.

Quesnay, (Journal des Savans, juin 1730,) rapporte l'histoire d'un chirurgien attaqué d'une enflure générale que les hydragogues n'avaient fait qu'augmenter, et que trois saignées dissipèrent.

Un garçon brossier, âgé de quinze ans, vint à la Clinique interne au mois de brumaire de l'an 6, avec une bouffissure générale de tout le corps, qui lui était survenue

depuis quinze jours. Tout annonçait chez lui un état de pléthore bien prononcé ; son pouls était plein, dur et fréquent ; il était fort altéré ; sa respiration était haute et sibilante. On prescrivit une saignée, des boissons délayantes, et l'infiltration se dissipa en très-peu de temps.

La nature peut quelquefois amener la guérison en déterminant quelque hémorrhagie spontanée. C'est ce qui arriva à un homme dont parle Fabrice de Hilden, *cent.* 1, *obs.* 50, et qui était attaqué d'une hydropisie cellulaire ; il lui survint par la narine droite une hémorrhagie qui lui fit perdre quatre livres de sang, et le fit tomber en syncope. L'écoulement arrêté, le malade, non-seulement reprit bientôt ses forces, mais encore guérit de son hydropisie sans le secours d'aucun remède.

Peut-être faut-il rapporter à cette hydropisie pléthorique et essentielle, l'espèce de bouffissure générale, qu'il n'est pas rare d'observer chez les jeunes filles robustes, exercées, et qui éprouvent un retard dans l'éruption de leurs règles. Il en est de même de l'infiltration que certaines femmes présentent à l'époque de la cessation du flux menstruel ; cet état est souvent accompagné d'hémorrhoïdes, et tout annonce chez elles une turgescence sanguine. Fothergill (1)

---

(1) *Conseils aux Femmes de quarante-cinq à cinquante ans*, traduction du professeur Petit-Radel.

dit qu'alors, « les jambes souvent se gon-
» flent, les hémorrhoïdes sont presque tou-
» jours douloureuses ; les malades sont
» généralement tourmentées de la consti-
» pation, elles rendent leurs urines souvent
» et en petite quantité, et toutes les sécré-
» tions des fluides ténus, sont également
» diminuées. Cependant l'apparence de tout
» le corps dénote une plénitude générale,
» mais qui est ici bien différente du carac-
» tère pâteux de l'habitude d'un hydro-
» pique. » Le traitement antiphlogistique qu'on emploie avec succès dans ces affections, peut servir encore à confirmer leur véritable nature.

Je conclus de ce que je viens de dire sur l'hydropisie cellulaire, que sa nature n'est pas la même dans tous les cas, que ses caractères diffèrent selon les causes qui la produisent, et qu'il importe au praticien de bien saisir ces différences, pour porter un prognostic certain, et faire reposer le traitement sur des bases vraiment solides.

A raison des communications qui existent entre les différentes parties de l'organe cellulaire, il doit souvent arriver que ses portions qui environnent ou pénètrent quelques viscères, comme les poumons, par exemple, participent à l'infiltration générale. Malgré que l'on conçoive que l'action de ces viscères puisse en être altérée jusqu'à un certain point, il est difficile de s'assurer par des signes bien positifs de l'existence de ces infiltrations, qu'on pourrait nommer viscé-

rales : au reste, cette connaissance ne saurait être d'une bien grande utilité.

L'hydropisie cellulaire forme dans quelques circonstances une affection locale, bornée et essentielle, à laquelle on donne des noms particuliers, selon la partie qui en est le siége. Ainsi l'infiltration des tégumens qui recouvrent le crâne s'appelle *hydrocéphale externe*, ou *cutanée*; celle du tissu cellulaire du scrotum porte le nom d'*hydropisie scrotale* ou d'*hydrocèle par infiltration*, etc. etc.

Des Hydropisies des Cavités tapissées par les membranes séreuses.

Toutes les cavités splanchniques et les viscères qu'elles renferment, sont tapissées par des membranes minces, transparentes, qui sont assez semblables dans les diverses cavités, et qui paraissent essentiellement formées par l'assemblage des organes qui opèrent l'exhalation et l'absorption. Ces membranes qu'un Anatomiste moderne (1) a désignées par le nom de *séreuses*, à raison de la nature du fluide qui est sécrété et absorbé à leur surface interne, sont disposées en manière de poches, et deviennent des réservoirs où peut s'accumuler, dans certaines circonstances, une énorme quantité de ce même fluide, ce qui constitue les hydropisies nommées *par épanchement*. Je vais

(1) Le citoyen Xavier Bichat.

considérer chacune d'elles, et je commencerai par jeter un coup-d'œil rapide sur celles qui ont leur siège dans les cavités cérébrales et vertébrale.

De l'Hydropisie cérébrale et vertébrale.

Quoique les recherches les plus exactes des Anatomistes n'aient point encore démontré l'existence de vaisseaux absorbans dans l'organe encéphalique, ni sur la membrane qui revêt ses cavités, l'exhalation et l'absorption d'un fluide séreux dans ces parties n'en sont pas moins démontrées, et par les faits et par l'analogie. De quelque manière que s'opèrent ces deux fonctions dans les cavités cérébrales, il est constant que leurs rapports changent quelquefois, et qu'il s'y forme une accumulation de sérosité. Cette hydropisie porte les noms de *cérébrale*, ou d'*hydrocéphale interne*, lorsque le fluide est amassé dans l'intérieur du crâne, et ceux de *vertébrale*, d'*hydro-rachis*, de *spina-bifida*, lorsque l'épanchement a lieu dans le canal de l'épine.

Dans le cas d'une diathèse hydropique générale, on voit quelquefois les cavités encéphaliques et vertébrale, contenir une certaine quantité de liquide, mais qui ne manifeste jamais sa présence par des signes particuliers durant la maladie. Il est d'autres cas où cette hydropisie existe seule, et parfaitement isolée; ce sont ceux dont il est ici question.

Je ne parle point de l'épanchement séreux qu'on a quelquefois rencontré entre le crâne et la dure-mère, et dont on trouve un exemple dans Bonet. (*S. A. lib. 1 sec. 2, obs. 45.*) Cette espèce d'hydropisie qui est fort rare, et qui constitue l'hydrocéphale externe de quelques auteurs, est regardée, par la plupart, comme étant formée par des hydatides.

D'autres fois, l'épanchement a lieu entre les menynges ; et alors, quoique la tête prenne un plus grand développement, l'organe encéphalique qui se trouve comprimé, s'affaisse sur lui-même, s'aplatit et diminue de volume. Henri Velse et Ambroise Paré en rapportent des exemples remarquables.

Mais les cas les plus fréquens d'hydrocéphale, sont ceux dans lesquels les ventricules du cerveau sont le siège de l'épanchement.

Cette maladie est particulière à la première enfance, et quelquefois le fœtus en est attaqué dans le sein de sa mère, ce qui apporte des obstacles à l'accouchement. On la reconnaît facilement au volume plus ou moins extraordinaire de la tête de l'enfant, et à une certaine transparence qu'elle présente, sur-tout à l'endroit des fontanelles. A mesure que l'épanchement fait des progrès, l'organe encéphalique se distend et s'amincit ; cette distension est quelquefois portée à un point tel qu'on a vu ce viscère présenter l'aspect d'une membrane un peu épaisse, et faire croire à plusieurs obser-

vateurs qu'il n'existait plus (1). Il y a souvent un écartement considérable des sutures, et lorsque le sujet vit assez long-temps pour que cet intervalle s'ossifie, c'est toujours par le moyen d'os surnumémaires, ou *Wormiens*. Les lames orbitaires de l'os frontal sont déjetées en bas, ce qui diminue les orbites, et chasse plus ou moins en dehors les yeux qui, ne pouvant être relevés, se trouvent couverts à moitié et jusqu'au centre des pupilles par les paupières inférieures. Ce signe seul suffisait à Camper pour reconnaître la maladie, avant même de considérer le reste de la tête (2).

En général, les symptômes de cette fâcheuse affection sont les effets de la compression plus ou moins lente qu'éprouve l'encéphale ; tels sont l'hébêtement (3), l'affaiblissement des sens, un état de stupeur, ou de l'assoupissement, des vertiges, des convulsions. Des enfans conservent quelquefois leur gaîté pendant deux ou trois ans, tandis que d'autres, et c'est le plus grand nombre, présentent promptement des phé-

---

(1) Morgagni a démontré que cet amincissement était l'origine des acéphales.

(2) *Dissertatio medica*, *de Hydropum variorum indole*, etc. Mémoires de la Société de Médecine, années 1784 et 1785.

(3) Cependant les facultés intellectuelles se conservent quelquefois, ainsi que Camper et d'autres l'ont observé.

nomènes fâcheux, sont vivement affectés par des sons un peu forts, ou par les mouvemens un peu rudes qu'on imprime à leur tête. Beaucoup ont les extrémités inférieures ou les supérieures paralysées; l'épine se courbe souvent par le poids énorme de la tête; enfin, ni les membres, ni le tronc ne prennent d'accroissement.

La quantité de liquide épanché varie beaucoup; on l'a trouvée quelquefois de cinq ou six pintes, et même davantage.

Il résulte des observations de *Camper*, que les enfans attaqués d'hydrocéphale, avec écartement des sutures, vivent fort rarement au-delà de trois ou quatre ans, et que le plus grand nombre périt avant ce terme; que ceux dont les sutures se ferment, peuvent vivre plus long-temps, mais presque jamais jusqu'à un âge un peu avancé; enfin, que les enfans apportent au monde cette maladie, ou bien qu'elle se déclare peu de temps après la naissance.

Nous ne savons rien de satisfaisant sur les véritables causes de l'hydrocéphale, c'est-à-dire, sur celles qui troublent les rapports de l'exhalation et de l'absorption, et déterminent primitivement l'accumulation de la sérosité. On sait qu'elle est quelquefois venue à la suite d'un coup à la tête dans un âge fort tendre. Triœnus rapporte l'histoire d'une petite fille chez laquelle cette maladie se manifesta à l'âge de huit ans, après un pareil coup, et qui ne succomba que vers sa treizième année. Mais quelle que

soit la cause de cette hydropisie, nous ne pouvons jamais regarder les lésions d'organisation qu'offre l'inspection cadavérique, telles que l'exténuation de la moëlle cérébrale, l'expansion de la boîte osseuse, l'écartement des sutures, etc. que comme des effets de l'épanchement séreux, auxquels l'art ne peut opposer aucun remède, et qui entraînent constamment, et plus ou moins vîte, la mort du sujet.

De l'ignorance des causes qui déterminent cette hydropisie, résulte nécessairement celle des moyens qu'il conviendrait d'employer pour la guérir; aussi aucun de ceux qu'on a proposés jusqu'ici, n'a-t-il été suivi de succès. De nombreuses observations ont démontré, que si on donne issue à la sérosité par la ponction, l'événement est toujours et promptement funeste; et que si l'on se sert de moyens compressifs, on ne fait que rendre les accidens plus graves, et accélérer la mort. Les observations de Cruikshank, d'Underwood et autres, sur les bons effets de la salivation déterminée par les frictions mercurielles, ne sont pas assez circonstanciées pour fixer d'une manière positive l'opinion des praticiens sur cet objet. Tout ce que le médecin peut faire dans ces cas désespérés, se borne à ne rien ordonner qui puisse rendre la marche de la maladie plus rapide, à prescrire le repos, la situation horizontale, et à faire entourer la tête de l'enfant avec un bonnet de cuir, propre à prévenir la compression de cette partie, et les accidens qui en sont la suite.

Hydro-rachis, ou Spina-bifida.

Cette maladie a la plus grande analogie avec l'hydrocéphale, et même on ne peut guères considérer isolément ces deux affections. En effet, dans un grand nombre de cas d'hydro-rachis, l'épanchement paraît avoir commencé dans les ventricules du cerveau, et s'être formé secondairement dans le canal de l'épine, à raison de la communication qui est établie entre ces cavités. Les observations de Camper ne laissent d'ailleurs aucun doute sur la correspondance de la tumeur du *spina-bifida* avec l'intérieur de l'organe encéphalique : il a vu que beaucoup d'enfans, attaqués de cette maladie, avaient la fontanelle antérieure plus ouverte qu'à l'ordinaire, et qu'on déterminait le gonflement et l'élévation de cette partie, toutes les fois que l'on comprimait la tumeur de l'épine.

Cette hydropisie s'annonce par une tumeur molle, transparente, qui occupe quelqu'une des régions de la colonne vertébrale, et qui naît de sa cavité. Quelquefois il y a deux tumeurs séparées, mais qui communiquent manifestement entre elles; enfin, on a vu quelques cas où l'épine toute entière participait à cette maladie. Ces tumeurs sont formées par de la sérosité qui distend les enveloppes de la moëlle épinière, et dans l'endroit affecté, ces enveloppes sont à nud, et il y a vraiment absence de la portion des

vertèbres et de la peau qui devrait y répondre.

Quoique l'hydro-rachis doive souvent son origine à un épanchement qui a commencé d'abord dans les ventricules du cerveau, il est cependant très-probable qu'il peut aussi se former primitivement dans quelque partie de la cavité vertébrale; mais, au reste, qu'il soit primitif, ou secondaire, sa nature est toujours la même, et tout ce que j'ai dit de l'hydrocéphale interne peut lui être appliqué; ainsi les jeunes enfans en sont seuls affectés, et le plus souvent l'apportent en venant au monde. Ses causes sont également inconnues; les mêmes dangers accompagnent l'ouverture de la tumeur, et le médecin doit s'abstenir de la pratiquer, malgré quelques exemples trop peu nombreux pour balancer le résultat défavorable que l'on a généralement obtenu de cette opération. Les malades sont voués à une mort certaine qui arrive presque toujours dans les premières années de la vie, et l'art est encore borné à l'emploi de quelques moyens qui retardent plus ou moins les progrès de la maladie, comme l'application de quelques toniques, ou d'un bandage à pelotte concave qui puisse empêcher la compression, ou la rupture de la tumeur.

Je borne là ce que j'avais à dire sur ces deux hydropisies, qu'il faut ranger dans le nombre trop grand de celles où tout ce que fait le médecin devient infructueux. On sent que les circonstances qui les déterminent étant parfaitement ignorées, la distinction

en essentielles et en symptômatiques, ne peut leur être appliquée d'une manière précise.

De l'Hydrothorax.

Je me sers de cette dénomination, pour désigner les seuls épanchemens séreux qui se forment dans les cavités revêtues de la plèvre.

Cette hydropisie peut exister seule, d'une manière isolée, et dans ce cas, elle n'occupe pour l'ordinaire qu'un seul côté de la poitrine; d'autres fois, elle fait partie d'une hydropisie générale, et alors elle occupe presque toujours les deux cavités à-la-fois; enfin, il n'est pas rare de l'observer à la suite d'une hydropisie cellulaire, ou d'une ascite qui sont devenues très-considérables.

Cette hydropisie, qui est assez commune, a fixé l'attention de beaucoup d'observateurs; ils se sont occupés sur-tout de rassembler les signes qui peuvent la faire reconnaître, et pourtant il faut avouer que pendant long-temps, malgré leurs recherches, le diagnostic de cette affection n'a point été établi avec la précision et la certitude qu'on pouvait desirer.

Parmi les causes qui ont pu contribuer à jeter quelques difficultés dans le diagnostic de l'hydrothorax, il faut peut-être ranger le peu d'attention qu'on a souvent apporté dans l'examen d'une classe d'affections qui présentent beaucoup de phénomènes analogues à ceux de cette hydropisie,

et qui ont été confondues d'autant plus aisément avec elle, que dans un grand nombre de cas, elles finissent par la produire, et qu'alors l'ouverture des cadavres semblait venir à l'appui du diagnostic qu'on avait porté ; je veux parler des maladies organiques du cœur. J'ai vu, en suivant la clinique interne de cette école, des exemples fréquemment répétés de collections aqueuses formées dans les cavités thoraciques par les progrès de ces dernières maladies, et j'en rapporterai quelques-uns.

Plusieurs médecins ont cherché à déterminer ce qu'il y avait de certain et de douteux dans les divers signes de l'hydrothorax donnés avant eux. Reimann (1), et sur-tout Morgagni (2), nous ont laissé des travaux précieux sur ce sujet, et il résulte de leurs observations, que de tous les signes qui avaient été annoncés comme pathognomoniques, il en est fort peu qui établissent, avec une parfaite certitude, le diagnostic d'un épanchement séreux dans la poitrine. Ainsi, la dyspnée, l'impossibilité de se tenir couché autrement que sur le côté où l'épanchement existe, ou bien sur son séant, la fluctuation sentie par les malades, ou quelquefois entendue par les assistans, le réveil en sursaut, le gonflement œdémateux des parois externes de la poitrine, ou des

(1) *Acta naturae curiosorum*, vol. 1. obs. 170.

(2) *De sedibus et causis*, Epist. 16.

mains, etc. sont des signes qui ne sont rien moins que constans, et les deux observateurs que je viens de citer rapportent beaucoup de cas dans lesquels les uns ou les autres ne se sont pas présentés, ou bien ont été observés, sans qu'il y eût vraiment hydrothorax. Mais faut-il conclure delà qu'il soit absolument impossible de reconnaître l'existence de cette hydropisie ? Je ne le pense pas ; et si quelquefois la marche lente de la maladie, ou quelques circonstances particulières peuvent laisser de l'incertitude, il n'en est pas moins vrai que l'examen scrupuleux de tout ce qui a pu précéder, et des symptômes qui existent actuellement, doit nous faire approcher assez près de la vérité. Il est certain qu'on ne peut, sans s'exposer à tomber dans l'erreur, s'attacher à aucun des phénomènes considérés isolément ; et ici, comme dans tous les cas difficiles, ce n'est que de leur ensemble qu'on doit attendre quelque lumière.

C'est dans la disposition anatomique des parties qui composent le thorax, qu'il faut chercher la principale cause des difficultés qu'offre le diagnostic de cette hydropisie. En effet, cette disposition est telle, que la poitrine ne peut changer de forme lorsqu'il s'y fait un épanchement, ou du moins ce changement est peu sensible à notre vue. Le toucher dont nous nous servons si avantageusement pour reconnaître d'autres hydropisies, ne peut aucunement nous servir dans cette circonstance, par la même raison de

structure. Nous n'avons donc presque pas de signes sensibles, si on en excepte ceux que nous pouvons saisir par l'organe de l'ouïe, et dont je parlerai bientôt, et nous sommes obligés de nous aider de tous les signes rationels.

Les signes que l'on observe le plus souvent lorsqu'un fluide séreux s'accumule dans les cavités du thorax, mais qui ne se rencontrent pourtant pas dans tous les cas d'une manière constante, et n'appartiennent pas exclusivement à cette affection, sont en général : 1.° la pâleur du visage avec une tendance plus ou moins marquée à la bouffissure, sur-tout de la paupière inférieure ; 2°. une (1) gêne de la respiration plus ou moins considérable, et qui augmente lorsque le malade se meut, et sur-tout lorsqu'il monte : cette gêne est produite par le refoulement de l'organe pulmonaire, que la présence du liquide empêche de se dilater librement, et par la pression que ce liquide exerce sur le diaphragme : 3.° une toux, qui le plus souvent n'est point accompagnée d'expectoration : 4.° la difficulté que le malade éprouve à rester couché horizontalement, et la nécessité où il est de se tenir sur le côté affecté, ou bien sur son séant, s'il y a épanchement

(1) On observe souvent, lorsque les extrémités inférieures sont en même-temps infiltrées, que la respiration est plus facile, quand les pieds sont très-enflés, et qu'elle devient difficile quand ils désenflent ; ce qui a ordinairement lieu pendant la nuit.

dans les deux cavités (1) : 5.° un sentiment de pesanteur vers la partie inférieure de la poitrine, et qui provient du tiraillement qu'éprouvent les attaches du diaphragme, sur lequel porte le fluide épanché : 6.° les extrémités sont souvent froides et infiltrées.

J'ai dit que nous ne pouvions pas, dans cette hydropisie, nous servir de la vue et du toucher pour découvrir la présence de l'eau, aussi sûrement que nous le faisons dans l'ascite, par exemple, quoiqu'il y ait cependant quelques circonstances rares, où les mains, appliquées sur les parois de la poitrine, peuvent sentir la fluctuation dans les mouvemens que le malade exécute. Mais nous avons la ressource d'un autre sens que nous ne devons pas négliger, c'est celui de l'ouïe. Hippocrate en avait déja indiqué l'usage pour reconnaître les épanchemens purulens à la suite de la péripneumonie ; pour cela, il plaçait le malade sur un siège solide, et en l'agitant, il cherchait à entendre le flot du liquide épanché ; le même moyen lui servait quand il y avait une collection d'eau dans la poitrine. Mais en examinant les circonstances qui doivent se rencontrer pour donner à ce moyen toute sa valeur, on voit qu'on ne peut s'en servir dans tous les cas.

(1) Ce signe n'est rien moins que constant, et on a vu plusieurs fois des malades attaqués de cette hydropisie, se tenir de préférence sur le côté sain, d'autres dans la position horizontale, quoique les deux cavités se trouvassent remplies.

En effet, il n'est pas toujours facile, ni même possible d'agiter convenablement le malade pour produire le son qu'on se propose d'entendre ; ce son ne peut avoir lieu que dans les cas où la cavité ne contient qu'une certaine quantité de liquide, et n'en est pas entièrement remplie ; enfin, l'embonpoint du sujet peut encore empêcher de tirer parti de ce moyen.

Quoiqu'il ne faille pas le rejeter entièrement, et que nous devions, au contraire, nous entourer de tout ce qui peut servir à éclairer le diagnostic de cette hydropisie, je pense qu'on peut lui substituer, avec beaucoup d'avantage, la percussion du thorax qu'Avenbrugger a commencé à mettre en usage, que Stoll a fortement recommandée, et dont le professeur Corvisart se sert tous les jours avec le plus grand succès. Cette manœuvre, qui est entièrement fondée sur cette expérience si commune de la différence du son que rend un vaisseau que l'on frappe, selon qu'il est rempli d'un liquide, ou bien d'un fluide élastique, ne laisse presque rien à desirer sur le diagnostic de l'hydrothorax, lorsqu'on apporte quelques précautions en la pratiquant, qu'on l'exécute sur le malade, d'abord couché dans la situation horizontale, puis placé sur son séant, et lorsque, d'ailleurs, on tient compte de tous les symptômes qui ont paru. Ces dernières considérations sont fort importantes, et sans elles, il serait facile de tomber dans l'erreur, attendu que le son

mat et obtus rendu par la percussion de la poitrine, ne fait qu'indiquer l'absence de l'air dans l'intérieur du poumon, et que des causes très-différentes peuvent produire ce phénomène, en s'opposant à l'entrée de ce fluide dans les vaisseaux aérifères. C'est ce que l'on voit dans les épanchemens de diverse nature, dans les engorgemens sanguins, squirrheux, tuberculeux des poumons, dans les vomiques considérables, etc. Mais la percussion exercée dans les deux positions dont je viens de parler, devient un moyen presque infaillible pour reconnaître un liquide qui change de place selon les situations que prend le malade, et le distinguer de ces autres affections qui occupent toujours nécessairement le même lieu. Avec la percussion, on acquiert encore avec certitude la connaissance du côté où la collection séreuse s'est formée, et l'on s'assure bientôt s'il n'y en a qu'un d'affecté, où si tous les deux le sont à-la-fois ; on peut même, jusqu'à un certain point, parvenir, avec un peu d'habitude, à déterminer la hauteur à laquelle s'élève le fluide épanché, et le plus ou le moins d'espace qu'il laisse à l'organe pulmonaire ; mais la percussion seule ne saurait éclairer sur la nature du liquide accumulé, à la connaissance de laquelle on n'arrive jamais qu'en étudiant l'ensemble de la maladie.

Charles Lepois et Rivière ont regardé comme un signe pathognomonique de l'hydrothorax, le réveil en sursaut après les premières heures du sommeil, ainsi que l'étouf-

fement qui oblige quelquefois le malade à sortir de son lit. Cullen paraît aussi en faire un grand cas, et quoiqu'il ne l'ait pas constamment rencontré, il dit n'avoir jamais balancé à affirmer la présence de l'eau dans la poitrine, toutes les fois qu'il l'a observé. Reimann qui l'avait rencontré plusieurs fois, n'ose pas le regarder comme un signe certain, et rapporte plusieurs exemples d'hydrothorax, dans lesquels il ne s'était pas présenté; Morgagni est d'un avis semblable. Enfin, des observations extrêmement multipliées ont porté le professeur Corvisart à penser, que si ce signe appartient à quelques affections, c'est plutôt aux lésions organiques du cœur, qu'à l'hydropisie de poitrine; et ce qui démontre de la manière la plus évidente qu'il n'appartient pas exclusivement à cette dernière, c'est qu'il a été remarqué chez un grand nombre de sujets qui sont morts de maladies du cœur, et à l'ouverture desquels on n'a pas trouvé le moindre épanchement dans les cavités thoraciques.

Il y a encore quelques signes qu'on n'observe pas toutes les fois qu'il y a hydrothorax, mais qui ne sont pas à négliger lorsqu'ils existent. Tel est, par exemple, un certain développement que peut prendre la partie inférieure de la poitrine, d'un seul côté, ou des deux, si l'une et l'autre cavités sont remplies; mais cette dilatation, qui est accompagnée d'un peu d'empâtement, est fort peu remarquable dans beaucoup de cas : tel est encore le gonflement des hypochondres, qui résulte

du refoulement des viscères de ces régions par la pression qu'exercé le fluide amassé sur le diaphragme, lorsque l'épanchement est très-considérable. Camper, en ouvrant des sujets morts dans cet état, a vu que le diaphragme, au lieu de former, comme dans l'état naturel, une voûte concave du côté de l'abdomen, présentait, au contraire, une convexité.

Après avoir parlé des signes, à l'aide desquels nous pouvons reconnaître une accumulation de sérosité dans le thorax, je vais jeter un coup-d'œil sur les causes multipliées qui peuvent donner lieu à cette accumulation; de leur considération découlera naturellement la distinction des cas où elle forme une affection primitive, et de ceux où elle n'est qu'une affection secondaire et symptômatique, ce qui pourra rendre le prognostic plus certain et plus facile à porter.

Elle peut donc être produite par les causes générales de l'hydropisie, et par des causes particulières qui portent spécialement leur action sur les parties renfermées dans le thorax. Une boisson abondante d'eau froide, dans un moment où le corps est fort échauffé, peut la déterminer; il en est de même de la suppression d'évacuations séreuses auxquelles le sujet était accoutumé, comme une diarrhée habituelle arrêtée tout-à-coup, le desséchement d'un ulcère ou d'un cautère porté depuis long-temps, sur-tout chez les personnes âgées. Elle est produite, dans certaines circonstances, par quelques maladies

de l'organe cutané ; ainsi on l'a observée à la suite de la rougeole, de la variole, et assez fréquemment après une gale répercutée par un traitement peu méthodique ; plusieurs observations démontrent aussi qu'elle peut être le résultat de la goutte imprudemment suspendue. Mais de toutes les causes qui la produisent, les plus communes sont celles qui agissent directement sur la plèvre, ou sur les poumons ; telles sont les phlegmasies, soit aiguës, soit chroniques de ces parties, les affections catarrhales opiniâtres et négligées, les accès répétés de l'asthme convulsif, etc. Dans ces dernières circonstances, il y a manifestement une affection essentielle et antérieure à l'épanchement de sérosité ; la cause immédiate de cet épanchement est tantôt un trouble, ou un obstacle à la circulation pulmonaire, tantôt une astriction particulière qui peut agir à la longue sur la portion du systême absorbant qui appartient aux organes thoraciques ; dans d'autres cas, c'est une altération plus ou moins profonde dans le tissu même de ces organes, ou dans celui de la membrane séreuse qui est épaissie, durcie, ou altérée de différentes manières. Ainsi l'on trouve quelquefois des amas de sérosité assez considérables dans la poitrine de sujets morts de péripneumonie ; les poumons sont alors denses et gorgés de sang, et souvent la plèvre paraît avoir été le siège d'une inflammation qui doit nécessairement troubler le jeu des vaisseaux destinés à l'absorption. Dans ces

phlegmasies aiguës, lorsqu'il se forme, dans une grande étendue, des adhérences fortes et considérables, entre les portions costale et pulmonaire de la plèvre, c'est ordinairement la cavité saine de la poitrine qui est le siège de l'épanchement. On rencontre encore cette hydropisie quelque temps après que les phénomènes de l'inflammation aiguë ont cessé, et lorsque ceux d'une inflammation lente et chronique ont pris leur place; c'est alors qu'on trouve, à l'ouverture du thorax, les poumons affaissés, endurcis, revenus sur eux-mêmes et méconnaissables; d'autres fois remplis de tubercules, ou de glandes lymphatiques engorgées. Quelquefois toute la plèvre présente une épaisseur extraordinaire, paraît dure, granuleuse, ou remplie de petits points saillans et blanchâtres, qui semblent être une maladie du systême absorbant. Enfin, l'observation cadavérique a fait trouver un grand nombre de fois dans un anévrysme du cœur, et dans l'altération, ou l'ossification de quelques-unes des parties de ce viscère, la cause d'un hydrothorax qui fait alors partie d'une hydropisie plus ou moins générale.

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup pour démontrer qu'on peut appliquer ici la distinction dont j'ai déja parlé. Il est évident que dans quelques cas, assez rares peut-être, l'accumulation de la sérosité dans la poitrine dépend d'un trouble qui agit directement sur l'exhalation, ou l'absorption, sans qu'il y ait aucune lésion organique, et

qu'on peut alors la considérer comme une affection primitive et essentielle qui doit céder assez facilement. Mais pour un petit nombre de circonstances où nous devons envisager l'hydrothorax de cette manière, combien sont multipliées celles où il n'est plus qu'un symptôme secondaire, un effet nécessairement lié à une maladie principale, qu'on peut d'ailleurs reconnaître par tous les phénomènes qui lui sont propres ! L'ouverture des cadavres, en nous prouvant que cette maladie primitive est le plus souvent une altération profonde dans la structure intime des organes de la respiration, ou de la circulation, nous montre en même temps l'inefficacité de tous les moyens avec lesquels nous voudrions tenter de la combattre.

Aussitôt que nous établissons cette distinction entre les causes de l'hydrothorax, le prognostic dans les différens cas est nécessairement porté, et devient évidemment fâcheux pour le plus grand nombre.

Il est peut-être difficile de déterminer rigoureusement quelle est l'époque de la vie où cette hydropisie est plus fréquente; cependant on peut dire, en général, que les maladies aiguës des organes pulmonaires auxquelles elle doit souvent son origine, appartiennent plus particulièrement à la jeunesse et à l'âge adulte. D'un autre côté, la vieillesse, à raison des affections chroniques de ces mêmes organes, semble y être plus sujette que quelques autres âges.

On observe que le fluide épanché n'a pas

constamment les mêmes caractères dans tous les cas d'hydrothorax. Lorsqu'il se forme à la suite d'une affection aiguë de la plèvre, ou du poumon, la sérosité paraît moins limpide ; elle est de couleur laiteuse, et chargée souvent de flocons albumineux: la proportion de l'albumine semble alors plus considérable, ce qui vient, sans doute, d'une modification particulière que l'inflammation introduit dans la sécrétion opérée par la plèvre. Dans d'autres circonstances, on a de la peine, au contraire, à reconnaître la présence de cette matière, en soumettant le fluide aux moyens d'expérience qui la font découvrir : ce fluide est alors très-aqueux; on le rencontre dans cet état chez les sujets affaiblis, cachectiques, et dont la maladie a duré pendant long-temps.

Quelques observations viendront à l'appui de ce que j'ai avancé sur cette hydropisie.

Stoll nous a laissé, dans son ouvrage clinique, plusieurs histoires de péripneumonies, qui ont été suivies d'hydrothorax, et dans lesquelles l'épanchement s'est trouvé beaucoup plus considérable dans la cavité saine, que dans celle qui contenait le poumon enflammé. Il parle d'un homme mort au neuvième jour d'une péripneumonie pour laquelle il n'avait reçu aucun secours. A l'ouverture du thorax, on trouva le poumon gauche enflammé et totalement engorgé ; la cavité droite, dont le poumon était sain, contenait deux livres de sérosité. Un berger,

âgé de 40 ans, fortement constitué, vint à l'hôpital au dix-septième jour d'une semblable maladie, et mourut le vingtième. Le poumon droit était enflammé dans presque toutes ses parties, fort engorgé, et pressait, par son grand volume, le poumon gauche qui était sain. Le péricarde contenait un peu de sérosité, et il y en avait à-peu-près vingt onces dans la cavité gauche. On trouve dans Morgagni une foule d'histoires analogues.

Il est évident que l'épanchement de sérosité qui se forme ainsi à la suite d'une affection aiguë du poumon, ne peut guères être reconnu qu'après la mort du malade, et ne s'annonce point par des phénomènes assez saillans pour qu'on puisse les distinguer de ceux de la maladie essentielle.

Un cuisinier, âgé de 57 ans, après des efforts faits en pétrissant du pain, eut une hémoptysie assez abondante, avec une douleur vive au côté gauche. Il se rendit dans un hospice où on lui fit un grand nombre de saignées, ainsi que plusieurs applications de sangsues à l'anus; il cracha du sang pendant plus d'un mois, et peu-à-peu sa respiration devint gênée : il ne pouvait plus se coucher que sur le côté gauche. Cependant se trouvant un peu mieux après quelques mois, il revint chez lui dans une voiture qui le mena trop rudement, et détermina le retour des accidens. Ce fut alors qu'il entra à la Clinique interne, en messidor an 7. Sa figure pâle, sa respiration fort

gênée, le côté gauche du thorax plus arrondi, et un peu plus développé que le droit, les tégumens de l'hypochondre un peu empâtés, le défaut de son par la percussion de ce côté, et la nécessité de se tenir couché dessus, firent bientôt reconnaître un épanchement qu'on regarda comme séreux, par l'absence de tous les signes qui auraient pu annoncer un empyême. En peu de jours, les accidens devinrent plus graves, les extrémités inférieures et les parties génitales s'infiltrèrent un peu. La température, fort chaude, empêcha de pratiquer l'opération de la paracenthèse. Enfin, le malade qui était prêt de suffoquer à tout moment, se jeta de désespoir, par une fenêtre du deuxième étage, et se tua. La chûte avait occasionné plusieurs fractures : presque toutes les côtes sternales du côté gauche, étaient brisées, et avaient déchiré plusieurs artères inter-costales ; le sang que ces dernières avaient fourni, s'était mêlé au fluide qui remplissait toute la cavité de ce côté, et dans lequel nageaient quelques flocons sous la forme de pseudo-membranes. Le poumon gauche était singulièrement affaissé, collé contre le médiastin, et repoussé avec le péricarde vers le côté droit, dont le poumon était parfaitement sain. La plèvre de la cavité gauche était plus épaisse que dans l'état naturel.

Une fille de vingt-quatre ans, couturière, avait éprouvé, un an avant d'entrer à la Clinique interne, une affection péripneumonique qu'elle avait négligée. Après cette

maladie, sa respiration était devenue de jour en jour plus gênée, et il était survenu de l'aphonie. Une fièvre lente dura pendant plusieurs mois, puis cessa ; alors la voix devint meilleure, mais la respiration devint plus difficile, précipitée, avec élévation des épaules. La pâleur du visage, un cercle jaunâtre qui entourait les yeux, les paupières œdématiées, le son mat que donnait la percussion du côté gauche, sur lequel la malade était constamment couchée, ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'un épanchement. Il est remarquable qu'il n'y avait pas de douleur particulière dans la poitrine, et que cet hydrothorax n'était accompagné d'aucune trace d'hydropisie cellulaire. On fit l'opération de l'empyème, qui donna issue à une quantité considérable de liquide analogue, par tous ses caractères physiques et chimiques, au sérum du sang. Il y eut peu de soulagement ; il s'écoula encore les jours suivans, par la plaie, une assez grande quantité de liquide, dont l'odeur fit employer quelques injections détersives et anti-septiques ; les forces s'épuisèrent bientôt ; des douleurs se firent ressentir dans le côté malade, les anxiétés augmentèrent, et la mort arriva six jours après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva la plèvre de la cavité gauche, blanchâtre et parsemée de petits points glanduleux : le poumon de ce côté était petit, dur, squirrheux et refoulé contre le médiastin. Le péricarde était très étroitement uni au cœur, sans aucun espace inter-

médiaire ; on n'avait point observé d'irrégularité dans le pouls pendant toute la maladie.

Bouillet fils rapporte qu'un pauvre vint à l'hôpital de Béziers dans le dernier degré du marasme, ayant les pieds et les jambes enflés, et se plaignant d'une douleur à l'hypochondre droit qui était élevé et tendu. Il n'avait pas une très-grande oppression, mais il se tenait toujours couché sur le côté droit. A l'ouverture de son cadavre, on ne trouva aucune altération dans le foie, mais le côté droit du thorax contenait deux pintes de sérosité verdâtre ; le poumon de ce côté, dur et livide, était trois fois plus petit que dans l'état naturel.

Un cocher, âgé de cinquante-six ans, ressentait depuis plusieurs années de la difficulté à respirer, des étouffemens et de fortes palpitations, sur-tout lorsqu'il se livroit à quelque exercice ; ces phénomènes avaient augmenté depuis quelque temps, lorsqu'il se rendit à l'hospice de l'Unité, au mois de prairial, an 6.e Les urines étaient devenues rares, et les extrémités inférieures s'étaient infiltrées depuis peu. La poitrine frappée ne résonnait point, et sur-tout dans une grande étendue du côté gauche, où l'on sentait les battemens du cœur beaucoup plus forts qu'à l'ordinaire. Le pouls était large, fort et dur, mais régulier ; le malade ne pouvait rester dans la position horizontale, et se tenait sur son séant. Les remèdes palliatifs, dirigés contre l'infiltration, n'empêchèrent pas ses progrès, et un accès de suf-

focation termina la vie. Les deux cavités du thorax étaient remplies de sérosité : les poumons étaient sains. Le cœur était considérablement augmenté de volume dans toutes ses parties. Il en était de même de l'origine des gros vaisseaux ; l'abdomen contenait un peu de liquide séreux.

Un autre cocher, âgé de quarante - cinq ans, après avoir été exposé pendant plusieurs heures à la pluie, avait éprouvé des symptômes péripneumoniques ; s'étant fait traiter d'abord chez lui, et voyant qu'il lui restait de la gêne dans la respiration, avec quelques douleurs dans la poitrine, il se rendit à la clinique interne en germinal, an 8. Outre les phénomènes appartenant à la lésion de la respiration, on en observa d'autres qui portèrent à croire à un dérangement organique du cœur, comme des palpitations, des variations dans les caractères du pouls, le son mat rendu par la région du cœur dans une grande étendue ; toutes les autres parties du thorax résonnant comme dans l'état naturel. Le malade voulut sortir de l'hospice un mois après son entrée ; mais les accidens ayant augmenté, il se détermina à revenir vers la fin de prairial, après avoir été saigné sept fois en peu de jours. Sa figure était alors injectée et bouffie ; ses yeux étaient hagards ; il ne pouvait rester que sur son séant. Le côté droit de la poitrine ne résonnait plus ; les jambes et les cuisses étaient devenues infiltrées. La figure s'affaissa promptement ; les étouffemens et

les palpitations ne laissèrent bientôt plus de repos au malade ; enfin, la mort vint terminer ses souffrances, après une agonie qui dura plusieurs jours, et dans laquelle on observa un trouble extraordinaire dans la respiration et la circulation. A l'ouverture du thorax, on trouva la cavité droite remplie de sérosité, et contenant un poumon qui était lui-même infiltré ; la cavité gauche présenta aussi une petite quantité d'eau. Le péricarde qui occupait un grand espace, était distendu par le cœur, dont le volume était considérablement augmenté. Les bords de la valvule mitrale tendaient à l'ossification ; les valvules de l'aorte étaient ossifiées, et la membrane interne de cette artère était pleine de rugosités.

Je pense que les exemples que je viens de rapporter suffisent pour établir que dans un très-grand nombre de cas, l'hydrothorax ne forme point une affection idiopathique, et qu'il n'est alors qu'un phénomène subordonné à une maladie essentielle, que l'art peut bien parvenir à reconnaître, mais contre laquelle ses efforts doivent évidemment échouer.

Il résulte delà, que le plus souvent c'est bien moins à l'épanchement de sérosité, qu'aux diverses causes qui peuvent le produire, qu'on doit attribuer plusieurs des phénomènes de cette hydroposie, et son issue funeste dans la plupart des cas.

Ces considérations jettent quelques lumières sur l'application des remèdes qu'on

peut employer dons les diverses espèces d'hydrothorax. Ainsi, lorsque l'épanchement n'est pas le produit d'une maladie antécédente, on peut espérer qu'il cédera, aux moyens qui évacuent les fluides séreux et raniment l'action du systême absorbant. Mais lorsqu'une lésion organique est la cause qu'il faudrait détruire pour faire cesser le mal, nous n'avons plus que la ressource bien faible, et presque constamment inutile, des moyens palliatifs, ou de ceux qui rendent les derniers momens de l'homme souffrant moins pénibles, en émoussant le principe de la sensibilité.

De l'Hydro-péricarde.

Le cœur se trouve enveloppé à la manière des viscères des autres cavités par une membrane particulière, dont la face interne libre et polie fournit continuellement une exhalation séreuse. Cette membrane, nommée *péricarde*, diffère un peu des membranes des autres cavités splanchniques, en ce qu'elle est un peu plus composée, mais elle remplit les mêmes fonctions. Le cit. Bichat la range dans la classe des membranes auxquelles il donne le nom de *fibro-séreuses*, à raison de la nature des deux lames, ou portions qui les forment.

Comme toutes les autres poches séreuses, celle-ci peut devenir le siège d'une collection de liquide, qu'on désigne par le nom d'*hydro-péricarde* : cette affection, qu'on

rencontre assez rarement isolée, existe plus souvent avec un hydrothorax, ou bien elle fait partie d'une hydropisie générale.

Ce que j'ai dit sur l'hydrothorax peut s'appliquer en grande partie à l'hydropisie du péricarde. Cette dernière est peut-être encore plus rarement que l'autre, une affection vraiment essentielle et tout-à-fait indépendante d'une maladie organique. Si le diagnostic de la première n'est pas toujours très-aisé à établir, celui de la seconde présente encore bien plus de difficultés; cela vient de ce qu'étant souvent réunies, leurs symptômes ne peuvent guères être distingués d'une manière précise. Enfin, l'hydropéricarde n'étant, pour l'ordinaire, que le produit de diverses affections organiques, ainsi que l'hydrothorax, les phénomènes qui appartiennent à ces affections, se confondent avec ceux que peut produire l'épanchement, de manière que celui-ci se trouve aisément méconnu.

Il est inutile de rapporter tous les signes que les observateurs ont cru appartenir à cette hydropisie; Morgagni les a discutés avec sa sagacité ordinaire, et a démontré qu'on ne peut les regarder, pour la plupart, comme univoques ou décisifs, puisqu'ils se sont présentés plusieurs fois dans des cas où le péricarde ne contenait point de liquide, et *vice versâ*. Avant lui, Reimann les avoit aussi regardés comme fort douteux, et Groetz avoit fait de la difficulté que présente, en général, le diagnostic de cette hydro-

pisie, le sujet d'une dissertation. Je vais cependant rappeler ceux de ces signes qui semblent appartenir plus spécialement à l'hydro-péricarde, c'est-à-dire, ceux qu'on a plus souvent observés dans les cas où il existoit seul, ou se trouvait plus remarquable par la quantité de l'épanchement; s'ils ne peuvent lever toute incertitude, ils peuvent au moins faire soupçonner l'existence de cette affection.

L'observation a démontré que la plupart des sujets attaqués de cette hydropisie, présentent un état de faiblesse, une difficulté de respirer, plus considérables que ceux qui ont un hydrothorax et des anxiétés auxquelles succèdent assez souvent des lipothymies. Dans quelques cas, il y a des palpitations qui sont en général moins fortes que dans les simples affections organiques du cœur. Le pouls est presque toujours faible, concentré, quelquefois imperceptible, et dans certaines circonstances, très-irrégulier et intermittent. Lorsque l'épanchement est considérable, il n'est pas rare de voir, vers la fin de la maladie, un léger gonflement, avec œdème de la peau sur la partie antérieure et gauche du thorax. Le malade éprouve un sentiment de pesanteur, et des angoisses qu'il rapporte à la région occupée par le péricarde; enfin, lorsque cette poche est fort distendue par le liquide épanché, il ne peut plus trouver de position où il puisse rester tranquille, et il est forcé d'en changer à chaque instant.

Tels sont les phénomènes qui ont été le plus constamment remarqués dans cette espèce d'hydropisie, et sur lesquels on ne peut pourtant pas fonder un diagnostic certain, si l'on considère qu'ils appartiennent presque tous à des maladies qui peuvent exister indépendamment de l'hydro-péricarde, quoiqu'elles le produisent quelquefois.

Senac a regardé comme un signe décisif, le flot du liquide qu'on apperçoit clairement, selon lui, entre les 3.e, 4.e et 5.e côtes; mais quoiqu'il dise que ce mouvement onduleux s'étend au loin, et peut être distingué, par-là, du simple mouvement que produisent les palpitations, il est difficile de penser qu'on puisse reconnaître cette différence par la vue seule, sur-tout en se rappelant que dans beaucoup d'anévrysmes du cœur, les battemens de cet organe se font appercevoir dans une très-grande étendue. Peut-être faudrait-il s'en rapporter davantage à la main pour discerner l'impression que peut faire le liquide agité par les mouvemens du cœur. C'est ainsi que dans un cas d'hydropisie du péricarde bien constatée, le citoyen Corvisart a éprouvé que la main appliquée sur la partie antérieure et gauche du thorax, recevait une impression parfaitement analogue à celle qu'on ressent lorsque, dans une ascite, on place une main sur un des côtés de l'abdomen, et qu'on détermine l'impulsion du liquide en frappant sur le côté opposé. Mais ce phénomène observé une seule fois, et dans des circons-

tances favorables, doit sans doute être difficile à remarquer dans un grand nombre de cas. Il en est de même de celui que présenta dans les derniers temps de sa maladie, le tailleur dont j'ai rapporté l'histoire à la page 33, c'est-à-dire, les battemens du cœur qu'on sentait alternativement dans différens points de la région antérieure de la poitrine, ce qui ne peut avoir lieu que lorsque le péricarde est beaucoup plus dilaté que le cœur ne l'est lui-même.

Il faut donc avouer que, malgré tous ces signes, on ne parvient pas toujours à reconnaître sûrement l'hydropisie du péricarde, que pour la plupart ils sont trop peu saillans, ou ne caractérisent pas cette affection d'une manière assez désisive, pour que l'on puisse affirmer d'après eux qu'elle existe ; enfin, qu'on a seulement des probabilités plus ou moins fortes, selon qu'ils se trouvent réunis en nombre plus ou moins grand. Ce sont ces considérations qui ont déterminé quelques auteurs, tels que Camper et autres, à passer légèrement sur cette hydropisie, qu'ils ont regardée comme ne pouvant être reconnue, le plus souvent, que par l'inspection cadavérique.

Quant aux causes de l'hydro-péricarde, elles sont à-peu-près les mêmes que celles de l'hydrothorax ; aussi est-il assez ordinaire de rencontrer à-la-fois ces deux hydropisies. Un épanchement de sérosité dans le péricarde, peut donc être produit par toutes les causes générales qui détermi-

nent la rupture d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption. On doit l'attribuer quelquefois à la répercussion d'une maladie cutanée, et beaucoup d'observateurs nous en ont conservé des exemples.

On trouve dans Morgagni (1) l'histoire d'une fille de Bologne, âgée de vingt-deux ans, qui ayant fait disparaître une gale par des remèdes externes, fut prise d'une gêne extraordinaire de la respiration sans phénomènes fébriles. Quelques saignées, qui lui furent faites, ne la soulagèrent pas; la dyspnée alla en augmentant, et la mort arriva en peu de jours. Le cadavre n'offrait aucun vestige de gale, ni aucune infiltration. Tout le thorax était plein d'une eau bleuâtre, et les poumons étaient adhérens en quelques endroits. Le péricarde était tellement distendu par la sérosité qui le remplissait, qu'on crut d'abord qu'il renfermait un cœur d'un très-grand volume, ce que l'examen ultérieur ne confirma pas.

Le péricarde se remplit fréquemment de sérosité, à la suite des fortes pleurésies ou péripneumonies, et d'après les observations nombreuses qu'on trouve dans les ouvrages de Morgagni, Stoll et autres, il paraît que ce phénomène se présente principalement, lorsque ces maladies ont déterminé des adhérences dans une grande étendue de la plèvre. Mais faut-il considérer dans cette circons-

---

(1) *De sedibus et causis*, Epist. 16.

tance l'accumulation de sérosité, comme formant une affection particulière, idiopathique, et contribuant en quelque chose à la mort du malade ? Je ne le pense pas, et je suis porté à la regarder, au contraire, comme un simple effet de la maladie aiguë de poumon, et comme assez indifférente en elle-même.

Comme toutes les autres membranes séreuses, le péricarde peut devenir le siège d'une inflammation dont la marche est quelquefois rapide, et qui peut devenir, dans d'autres cas, lente ou chronique. Mais jusqu'à présent, les observateurs n'ont pas déterminé les véritables symptômes qui peuvent caractériser cette phlegmasie, et la faire distinguer de l'inflammation de la plèvre avec laquelle il paraît qu'on l'a plus d'une fois confondue. Quoi qu'il en soit, des faits assez nombreux démontrent que le péricarde étant affecté d'une inflammation chronique, peut devenir le siège d'un amas de liquide séreux. L'ouverture des cadavres apprend que cette membrane est alors d'une épaisseur et d'une consistance beaucoup plus grande que dans l'état naturel, et qu'elle offre quelquefois dans plusieurs points, et sur-tout dans sa portion qui couvre immédiatement le cœur, des rugosités, ou des espèces d'exulcérations. Le fluide épanché dans ces cas, est toujours mêlé de flocons albumineux qui sont le résultat du changement de sécrétion opéré par l'affection inflammatoire de la membrane séreuse.

Un tailleur, âgé de 41 ans, avait eu, depuis sa quatorzième année, un nombre considérable d'affections pleurétiques et péripneumoniques. La dernière, qu'il avait éprouvée au mois de ventôse, an 8, lui avait laissé une toux incommode, avec une expectoration fort abondante, une grande gêne de la respiration et de l'insomnie. L'expectoration ayant cessé au bout de quelques mois, les autres phénomènes devinrent plus violens; il eut un crachement de sang assez considérable, qui fut suivi d'une suffocation dans laquelle il manqua de périr. Il se fit transporter alors à l'hospice de l'Unité, vers la fin de thermidor. Son visage et ses lèvres étaient pâles, la dyspnée et les angoisses étaient continuelles; il éprouvait un sentiment de pesanteur dans la région moyenne de la poitrine, et ne pouvait trouver de position où il lui fût possible de demeurer quelques instans. Le thorax frappé, rendait un son assez obscur dans tous ses points; le pouls était petit, concentré, fréquent, mais régulier; aucune infiltration ne paraissait à l'extérieur. En peu de jours, les symptômes s'aggravèrent, le pouls devint rare et à peine sensible; les extrémités se couvrirent d'une sueur froide. Le malade mourut le 28 du même mois sans agonie, et jouissant de toute sa raison.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le poumon gauche fortement adhérent avec la plèvre costale et le péricarde. La plèvre, de ce côté, était dense et épaisse dans toute

son étendue, et il existait entre elle et la face externe du même poumon, un foyer de suppuration assez considérable. Le péricarde qui avait acquis un demi-pouce d'épaisseur, était rempli d'une sérosité semblable à du petit-lait non-clarifié, et dans laquelle flottaient des flocons albumineux. Le cœur était pâle, et paraissait rugueux à l'extérieur par l'érosion de la portion du péricarde qui lui sert d'enveloppe immédiate. Les deux poumons étaient infiltrés dans leur tissu.

C'est à la suite des affections de la plèvre et du péricarde, qu'on observe le plus souvent des épanchemens séreux dans cette dernière poche, et ce n'est guères que dans ces circonstances que ces épanchemens constituent une hydropisie particulière ou isolée. Mais d'autres fois, l'hydro-péricarde se rencontre dans des cas où l'affection hydropique existe d'une manière plus ou moins générale, et ordinairement il ne se forme que vers la fin de la maladie ; ainsi, il n'est pas très-rare de l'observer sur les cadavres de sujets qui ont succombé à une lésion des principaux organes de la circulation. Dans quelques cas de maladies du cœur ; on a trouvé un épanchement plus remarquable dans le péricarde que dans les cavités pulmonaires, tandis que d'autres fois l'hydrothorax était plus prononcé ; mais il n'y a encore assez d'observations pour établir, quelles sont les circonstances où ces lésions organiques déterminent plus particulièrement l'une ou l'autre de ces hydropisies.

Reimann (1) rapporte une histoire d'hydro-péricarde, qui démontre clairement que cette hydropisie peut être la suite d'un dérangement organique du cœur. Celui qui en est le sujet, était un jeune homme de 26 ans, qui avait fait, dans son enfance, une chûte du haut d'un toit fort élevé. Pendant plusieurs années, il éprouva une gêne excessive de la respiration, et des palpitations si fortes, qu'on pouvait les appercevoir, et même les entendre. A ces accidens, se joignit, dans la suite, l'infiltration des pieds qui gagna bientôt les jambes, les cuisses, et les parois de l'abdomen. Il eut des lipothymies et des anxiétés extraordinaires, et se plaignit souvent que son cœur était comprimé. Enfin, l'enflure devint telle que l'épiderme se rompit en différens endroits; la gangrène s'empara des lieux où les ruptures s'étaient faites, et la mort arriva peu de temps après. On ne trouva point d'épanchement dans les deux cavités du thorax. Les poumons étaient d'abord à peine apparens, tant ils étaient refoulés par la masse énorme du cœur, et du péricarde qui était singulièrement distendu; ils étaient pourtant sains. Il sortit du péricarde deux livres d'une sérosité limpide. Le cœur était fort ample, mais flasque; la valvule mitrale était garnie de beaucoup d'aspérités osseuses. L'aorte, à son origine, avait sa membrane interne, rugueuse, inégale, et des concré-

(1) Dissertation citée. *Acta naturæ curios.*

tions osseuses diminuaient son calibre; il y avait de l'eau épanchée dans l'abdomen.

Je pourrais accumuler beaucoup d'exemples analogues, mais je me borne à rappeler l'observation que j'ai rapportée (*page 33*), et dans laquelle on voit encore un hydro-péricarde faire partie d'une hydropisie à-peu-près générale, dont la cause était manifestement une maladie organique. J'observerai que lorsque l'hydro-péricarde est le résultat d'un anévrysme, ou autre maladie du cœur, le péricarde ne paraît être nullement affecté, ce qui peut faire penser que l'exhalation séreuse augmentée, est alors la seule cause de l'épanchement. Cette observation s'applique également aux cas d'hydrothorax qui sont dus aux mêmes maladies organiques.

En supposant que l'on puisse reconnaître l'existence de l'hydropisie du péricarde, il est évident que le prognostic doit être tiré de la connaissance des causes qui lui ont donné lieu, et que ce que j'ai dit relativement à celui de l'hydropisie de poitrine, trouve encore ici son application.

Quelles sont les ressources de la médecine dans l'hydro-péricarde? Il suit, des incertitudes qui environnent le diagnostic de cette affection, qu'il est extrêmement difficile de l'attaquer directement. On peut même avancer que dans le cas où les signes les plus certains leveraient tous les doutes sur sa présence, l'art n'en retirerait peut-être pas un bien grand avantage, puisqu'elle n'est le plus souvent que le résultat, ou la termi-

naison de maladies contre lesquelles il ne peut presque rien, soit que, par leur nature, elles ne donnent pas de prise à ses efforts, soit qu'elles ne se manifestent pas assez clairement dans leur origine, pour pouvoir être reconnues et combattues avec succès.

De l'Hydropisie abdominale, ou *Ascite.*

Me bornant aux hydropisies, dont le siège est dans les cavités naturelles, tapissées de membranes séreuses, je ne veux parler ici que de l'ascite formée dans l'intérieur du péritoine, et que les auteurs ont nommée *abdominale*, pour la distinguer de celle qui se forme quelquefois dans des kystes séreux accidentels, et qu'ils ont appelée, pour cette raison, *enkystée*.

Cette hydropisie est une de celles qu'on rencontre le plus fréquemment. Il n'est pas très-rare de la voir seule et isolée; quelquefois elle finit par produire une hydropisie cellulaire, et dans d'autres circonstances, elle vient, au contraire, à sa suite; dans ce cas, elle fait ordinairement partie d'une hydropisie plus ou moins générale.

Comme celles que j'ai considérées jusqu'ici, l'hydropisie ascite peut, dans un petit nombre de cas, constituer une affection primordiale, et n'avoir aucun rapport avec une lésion organique; mais nous sommes forcés de reconnaître que les circonstances dans lesquelles elle n'est qu'une affection secondaire, sont infiniment plus multipliées

que celles où elle est réellement idiopathique.

S'il ne nous est pas toujours possible de remédier aux épanchemens séreux, formés dans la cavité abdominale, au moins il n'est guères de cas où nous ne puissions nous assurer de leur existence. En effet, la structure de cette cavité permet facilement de reconnaître la présence d'un liquide qui y est accumulé; aussi le diagnostic de cette hydropisie ne présente-t-il pas les mêmes difficultés que celui de l'hydrothorax, et surtout celui de l'hydro-péricarde. Cependant le médecin doit apporter un peu d'attention dans quelques circonstances, pour ne pas confondre avec une ascite, l'épanchement qui peut s'être formé dans un kyste particulier, contenu dans la cavité abdominale, ou situé hors d'elle.

On reconnaît aux signes suivans, l'hydropisie qui a son siège dans la cavité tapissée par le péritoine; il existe une tuméfaction plus ou moins grande de l'abdomen, selon la quantité du fluide épanché; tuméfaction qui commence par la région sus-pubienne, et s'accroît d'une manière égale et uniforme, de sorte que le ventre conserve une figure régulière. Cette région sus-pubienne paraît se distendre davantage lorsque le malade se tient debout, ou sur son séant, parce qu'alors le fluide obéissant à sa pesanteur, se porte nécessairement vers la partie la plus basse de la cavité; la même cause le fait également se porter vers le côté sur lequel se couche le malade. Ce transport devient

sensible par le flot, et quelquefois par le bruit qu'il occasionne. La fluctuation se fait ordinairement sentir avec facilité, lorsqu'appliquant une main sur l'un des côtés du ventre, on donne avec l'autre une légère impulsion du côté opposé. Quand l'épanchement est très-considérable, l'abdomen prend une forme ovale en s'alongeant; quelquefois la distension de cette cavité est telle, que l'ombilic se trouve sur le même plan que les genoux. On observe souvent que l'ombilic devient saillant, se distend, et forme une sorte de vessie transparente. Selon Garengeot, la prominence de cette partie est un signe qui caractérise sur-le-champ l'ascite, et peut la faire distinguer de l'infiltration des parois abdominales qui peut être fort considérable dans certains cas d'hydropisie cellulaire.

Tels sont les signes les plus constans à l'aide desquels nous reconnaissons l'existence d'une ascite. Les affections qui peuvent, quoique assez rarement, jeter quelques doutes sur le diagnostic, sont principalement la tympanite, l'hydropisie enkystée, et l'état de grossesse.

Mais la percussion de l'abdomen fait aisément distinguer un fluide élastique, qui distend le tube intestinal, du liquide qui forme l'épanchement. La marche beaucoup plus lente de l'hydropisie enkystée, la forme inégale et irrégulière qu'elle donne, au moins dans son origine, aux parties du ventre qu'elle occupe; enfin, le peu de trouble

qu'elle apporte dans les diverses fonctions de l'économie animale, ne permettront pas de confondre l'ascite avec elle. L'état de grossesse peut quelquefois jeter de l'incertitude, et d'autant mieux, qu'il se rencontre des cas où il existe en même temps une collection aqueuse dans l'abdomen. Il faut donc beaucoup de circonspection lorsqu'on soupçonne cet état, et l'on doit chercher à le reconnaître, en recueillant, avec soin, tous les signes qui lui sont propres. Mais ce qui doit sur-tout aider le médecin dans le diagnostic de l'hydropisie abdominale, et dissiper les doutes qui peuvent se présenter à son esprit, c'est une recherche exacte de toutes les circonstances qui ont précédé la tuméfaction du ventre, ou qui peuvent l'accompagner encore; il doit le plus souvent trouver, dans leur observation, des lumières qui rendront son jugement beaucoup plus certain.

Après avoir parlé des signes qui font reconnaître un épanchement de sérosité dans l'abdomen, je vais dire un mot des symptômes principaux qui en sont le résultat, ou se montrent avec lui. L'infiltration des extrémités inférieures, ou des parties extérieures de la génération, vient souvent à la suite de l'hydropisie abdominale, mais on ne l'observe pas dans tous les cas, et je rapporterai plusieurs exemples qui le prouvent; quelquefois l'on voit cette infiltration précéder l'épanchement. Un symptôme qui a constamment lieu lorsqu'il y a une quantité

un peu notable d'eau épanchée, est une gêne de la respiration que le malade éprouve, sur-tout lorsqu'il se tient couché dans la position horizontale, et qui diminue un peu lorsqu'il est debout, ou sur son séant. Une toux sèche accompagne ordinairement cette gêne de la respiration, qui est le résultat de la distension des muscles abdominaux, ainsi que de l'obstacle qu'oppose à la contraction du diaphragme, le liquide qui le refoule vers les cavités thoraciques. On voit aisément que cet obstacle doit être moins considérable lorsque le malade se tient dans la situation verticale, parce que le liquide épanché tend alors à occuper la partie inférieure du ventre. D'autres symptômes se font encore remarquer dans un très-grand nombre d'hydropisies ascites; telle est la soif, ordinairement plus forte dans cette hydropisie que dans toutes les autres, sur-tout quand l'épanchement est causé par la désorganisation de quelque viscère, et qu'il est accompagné de douleurs vives, de chaleur et d'éréthisme. On observe encore souvent un état fébrile plus ou moins marqué, une grande sécheresse de la peau qui semble n'être plus perspirable, la diminution de l'urine, et sa coloration très-forte; enfin, la tympanite intestinale qui arrive dans presque toutes les ascites, lorsque les intestins, se trouvant comme macérés par le liquide avec lequel ils sont en contact, et ayant perdu de leur force tonique, se laissent distendre par les divers fluides aériformes

qui se developpent au-dedans d'eux. Il est encore une foule de symptômes qui varient dans les différens cas, parce qu'ils appartiennent essentiellement aux affections primitives, dont l'ascite est souvent le résultat, comme les lésions organiques du foie, les diverses obstructions, etc.

L'hydropisie abdominale peut survenir dans tous les âges de la vie, et l'enfant renfermé dans le sein de sa mère, n'en est pas toujours exempt. Camper, dans sa dissertation sur l'hydropisie, rapporte, à ce sujet, qu'ayant été appelé auprès d'une femme en travail, il trouva que l'enfant, à moitié sorti, avait été séparé en deux portions, dont l'inférieure était restée dans la matrice. Il reconnut que son abdomen était énormément distendu, et se doutant que c'était une ascite, il perça le diaphragme avec le doigt, ce qui donna issue à une quantité prodigieuse de sérosité, et permit d'extraire fort aisément le reste du fœtus.

Quoique cette hydropisie puisse se former dans les différentes époques de la vie humaine, il faut pourtant reconnaître qu'elle est beaucoup plus commune chez les individus dont l'âge a permis à quelques-unes de ses causes les plus fréquentes, d'amener les désordres qui la précèdent et la déterminent. Ainsi les affections morales tristes, dont les effets influent si puissamment sur l'état des viscères abdominaux, sont plutôt le partage de l'âge mûr et avancé, que celui de l'enfance et de la jeunesse; il en est de

même de l'usage excessif des liqueurs alcoolisées, source malheureusement si féconde de l'ascite, et de quelques autres maladies aussi fâcheuses. Le flux hémorrhoïdal, dont les irrégularités, ou la trop grande abondance, deviennent aussi quelquefois la cause d'un épanchement séreux dans l'abdomen, se montre rarement avant l'âge adulte. On peut donc appliquer ici les vues de Stahl, sur les maladies des différens âges, et en conclure, que toutes choses égales d'ailleurs, l'hydropisie ascite appartient plus spécialement à la dernière moitié de la vie.

Dans la multitude de causes que peut reconnaître l'ascite, cherchons à établir, comme nous l'avons fait pour les autres hydropisies, quelles sont celles qui en font une affection primitive, et celles qui nous forcent de remonter à une autre maladie dont l'épanchement de sérosité ne peut plus être considéré que comme un symptôme, ou un effet secondaire.

L'hydropisie ascite est primitive, ou essentielle, dans tous les cas où elle n'est pas produite par une maladie antécédente qui a déterminé des lésions organiques dans les viscères, ou dans quelques parties du système absorbant de l'abdomen; il en est de même, lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une semblable lésion dans les viscères thoraciques. Je regarde donc, comme essentielle, l'ascite qui survient après une boisson abondante d'eau froide, lorsque le corps est échauffé, ou dans la chaleur d'une fièvre

très-forte. Les exemples de cette espèce d'hydropisie ne sont pas rares. Charles Lepois (1) et Morgagni rapportent plusieurs observations d'ascites très-considérables, survenues après une pareille boisson pendant une fièvre ardente, ou dans l'accès de chaud d'une fièvre intermittente, et qui ont cédé à l'action de légers évacuans, ou se sont dissipées d'elles-mêmes après d'abondantes évacuations spontanées.

Je rangerai dans la même classe celles qui sont causées par la faiblesse, et la surabondance des fluides séreux qu'introduisent les grandes hémorrhagies, les pertes abondantes après l'accouchement, les évacuations de longue durée, comme les diarrhées entretenues fort long-temps par le défaut de ton du canal alimentaire, ou qui sont une suite de dyssenteries. J'y placerai encore celles qui sont dues au relâchement (2), et à l'atonie dans laquelle tombe quelquefois tout le systême abdominal, après certaines fièvres intermittentes, ou d'autres affections; celles qu'on voit survenir après l'action vive d'un médicament, une superpurgation, et qui dépendent alors d'une constriction spasmodique qui semble agir sur le systême absorbant, troubler ses fonctions,

---

(1) *De morbis à serosâ colluvie.*

(2) Cet état de relâchement doit être facilement partagé par les membranes séreuses, dont l'action tonique, ainsi que celle de tous les organes celluleux en général, a peu d'énergie.

et peut-être, déterminer en même temps une exhalation plus abondaute.

Un enfant de 7 ans, d'un tempérament lymphatique bien prononcé, perdit l'appétit et la gaîté, sans cause connue, et fut pris d'un vomissement spontanée très-violent, accompagné de phénomènes fébriles. Le lendemain de l'invasion, un vomitif, qu'on lui donna, excita de nouveaux efforts très-considérables, et lui fit rendre une grande quantité de liquide verdâtre. Les urines se supprimèrent tout-à-fait après l'action du vomitif, et de suite, il se manifesta une infiltration générale, avec de l'épanchement dans le ventre. Amené à la Clinique, cet enfant avait une figure bouffie et décolorée; sa respiration était gênée quand il se tenait couché horizontalement; son abdomen était fort gros, et on y sentait une fluctuation manifeste; le scrotum et le pénis étaient surtout très-distendus par l'infiltration. Cette hydropisie paraissait avoir été déterminée par l'irritation vive du vomitif chez un sujet d'ailleurs disposé à cette affection par la prédominance des fluides lymphatiques; on n'employa contre elle que des moyens fort doux, comme une tisane diurétique aiguisée avec l'oxymel scillitique; les urines devinrent abondantes, et la santé se rétablit promptement. On affermit la convalescence par l'usage de quelques toniques, le vin d'aunée chalybé, etc.

Il faut encore rapporter aux hydropisies ascites essentielles, celles qu'on observe

quelquefois après certaines fièvres exanthématiques qui s'opposent pendant quelque temps aux sécrétions habituelles de l'organe cutané, ou déterminent peut-être une absorption plus vive à sa surface, comme la rougeole, la scarlatine, etc.

L'ascite produite par les causes que je viens d'énumérer, n'est presque jamais seule ; elle se trouve le plus souvent réunie à quelque autre hydropisie, et sur-tout à celle du tissu cellulaire, soit que celle-ci ait paru la première, soit qu'elle ait succédé à l'épanchement dans la cavité abdominale. Dans tous ces cas, la maladie est essentielle, parce qu'elle ne dépend que d'une simple rupture d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, et qu'on trouve seulement la cause de cette rupture dans les changemens qu'éprouve l'action vitale des parties, ou dans une proportion plus grande des fluides séreux. C'est alors que le médecin peut concevoir des espérances fondées, et donner des soins qui seront couronnés par le succès. Je ne m'arrêterai point à détailler les moyens qu'il doit employer, et varier selon la nature de la cause qu'il aura reconnue, et je passe à l'examen des circonstances où l'ascite n'est plus qu'un symptôme secondaire.

En lisant les histoires d'ascites que nous ont transmises les observateurs, en considérant les cas qui se présentent chaque jour, soit dans la pratique particulière, soit dans les asyles que la société offre à l'homme

souffrant, nous ne pouvons qu'être saisis d'un sentiment douloureux à la vue de ce nombre effrayant d'hydropisies abdominales, qui éludent tous les moyens dirigés contre elles, et ont presque toujours une terminaison funeste. Mais si, pour les yeux du vulgaire, ces hydropisies ne constituent jamais qu'une seule et même affection; doit-il en être de même pour le médecin, et faut-il qu'il se borne à reconnaître seulement la présence de l'eau épanchée? Non, sans doute, il doit pousser ses recherches plus loin, et remonter jusqu'aux causes de l'épanchement; alors il apperçoit, que très-souvent, ce phénomène n'est que symptômatique, et qu'il appartient à beaucoup de maladies graves, qui diffèrent entre elles par leurs caractères particuliers, ainsi que par les organes qu'elles affectent; maladies qui, en attaquant les parties dans leur organisation intime, produisent des désordres absolument irremédiables.

J'ai parlé des inflammations qui occupent les membranes séreuses des cavités de la poitrine, et deviennent (sur-tout les chroniques) des causes fréquentes d'épanchemens séreux dans ces mêmes cavités; le péritoine est également susceptible d'éprouver de semblables inflammations, qui, dans certaines circonstances, sont produites par le transport métastatique de quelques stimulus, comme les vices arthritique, psorique, etc. Très-fréquemment elles reconnaissent pour cause l'abus que beaucoup

d'hommes font des boissons spiritueuses. Ces inflammations déterminent presque toujours une ascite, lorsqu'elles ont duré un certain temps. Alors, quelle que soit la cause qui ait agi, l'ouverture des cadavres apprend que le péritoine acquiert de l'épaisseur, et qu'il se recouvre quelquefois d'une couche albumineuse, analogue à celle qu'on voit à la suite des phlegmasies aigües un peu vives. On conçoit, d'après cela, que ses fonctions, comme membrane séreuse, peuvent être interverties, et que l'action des absorbans étant alors troublée, ou suspendue, le liquide doit s'amasser dans la cavité abdominale. Quelquefois cette membrane présente, dans une plus ou moins grande étendue, des traces de mortification bien manifeste.

Un homme âgé de quarante-neuf ans, fortement constitué, cavalier dans sa jeunesse, et en dernier lieu conducteur d'artillerie, avait fait depuis très-long-temps des excès énormes de boissons spiritueuses, buvant chaque jour près d'une pinte d'eau-de-vie et autres liqueurs. Une diarrhée qui l'obligeait d'aller cinq ou six fois par jour à la garde-robe, mais sans l'incommoder, durait depuis trois ans. Elle diminua sans que cet homme eût employé aucun moyen dans cette vue ; il ressentit alors des symptômes fébriles, et s'apperçut bientôt que son ventre enflait. Quelques douleurs dans le foie se faisaient ressentir pendant la chaleur de la fièvre, qui revenait tous les soirs.

On lui donna chez lui, en peu de jours, un vomitif et quatre purgatifs hydragogues, qui diminuèrent un peu le volume du ventre, mais laissèrent subsister les autres symptômes. Quelques temps après, il vint à la Clinique ; sa langue était d'un rouge vif, et il avait une soif considérable. Sa respiration se faisait difficilement ; son ventre, assez gros, était applati dans son milieu, de sorte que les hypochondres étaient saillans et déjetés en dehors. Les muscles abdominaux semblaient avoir perdu toute leur action ; ils n'offraient aucune résistance, et cédaient, comme le liquide, à l'impulsion qu'on déterminait avec la main. La fluctuation de ce dernier était évidente. La diarrhée était revenue ; l'urine était trouble et épaisse ; on ne voyait aucune trace d'hydropisie cellulaire. Bientôt tous les symptômes devinrent plus graves ; la soif, l'éréthisme augmentèrent, ainsi que le volume du ventre. Celui-ci était douloureux, sans que le malade se plaignît pourtant beaucoup. Il finit par avoir une petite fièvre constante, tomba dans le marasme, et mourut après un séjour de cinq décades à l'hospice.

L'abdomen contenait huit ou dix pintes de sérosité sanguinolente. L'épiploon était désorganisé, et le péritoine, dans toute son étendue, était épaissi, semé de petites taches noires et blanches : en plusieurs endroits, il tombait en putrilage, et pouvait être enlevé par lambeaux ; une couënne lymphatique, de l'épaisseur d'une ou de deux

lignes, le recouvrait dans toutes ses parties. Les intestins et l'estomac, tous réunis et adhérens entr'eux, par la maladie du péritoine, étaient grouppés en une seule masse, au milieu de la cavité abdominale. Le foie, dont le volume était augmenté, et qui refoulait le diaphragme en en haut, offrait à-peu-près les caractères qui le rapprochent des foies gras. Le péritoine était l'organe principalement affecté, et il avait été évidemment le siège d'une inflammation chronique.

Dans certaines hydropisies ascites, on pourrait présumer que quelques parties du systême absorbant qui entre dans la composition de la membrane séreuse, sont principalement affectées ; ainsi on a trouvé beaucoup de fois le péritoine garni entièrement, ou dans une grande étendue, d'une multitude de petits tubercules blanchâtres granuleux ; et les glandes lymphatiques du mésentère et autres parties de l'abdomen également volumineuses et engorgées.

Mais de toutes les maladies dont le siège est dans la cavité abdominale, celles que nous voyons produire le plus souvent l'ascite, sont, sans contredit, les affections qui occupent le foie, le modifient dans son volume, sa figure, sa consistance, son organisation intérieure, et jettent par ce moyen dans la circulation de l'abdomen, sur laquelle ce viscère a une si grande influence, un trouble qui finit presque toujours par donner lieu à une accumulation plus ou moins con-

sidérable de sérosité. Tels sont les divers engorgemens qui succèdent à l'hépatite aiguë, ou qui accompagnent l'hépatite chronique. Ces engorgemens, qui sont encore quelquefois le produit de l'impression vive que les affections morales tristes font sur cet organe, ne sont pas toujours de même nature : ils peuvent occuper la totalité du foie, ou seulement quelques-unes de ses parties qui deviennent dures, squirrheuses, tuberculeuses. On trouve donc ce viscère, tantôt augmenté de volume, et offrant à sa surface et dans son intérieur beaucoup de tumeurs blanches, inégales, qui paraissent formées par une matière semblable à l'adipo-cire ; tantôt d'une grosseur beaucoup moindre que dans l'état naturel, durci et diversement altéré. Certaines maladies du poumon, la phthisie, par exemple, déterminent dans quelques circonstances, un changement particulier dans l'état du foie, qui peut finir par causer une ascite. D'autres fois il est le siège d'une hydropisie enkystée, qui détruit une partie plus ou moins considérable de sa propre substance, et est ordinairement formée par des hydatides (1). Une grande portion du même viscère peut être

(1) L'observation sur l'hydropisie enkystée du foie, insérée, par les professeurs Corvisart et Leroux, dans le premier numéro de leur Journal de Médecine, et quelques-unes de celles du professeur Lassus, insérées dans le N.° 2, démontrent que cette maladie peut devenir une cause de l'ascite.

entièrement détruite par un épanchement de bile, occasionné par la rupture, ou l'érosion de quelques pores biliaires à la suite d'abcès : cet épanchement se forme d'une manière lente, insensible, et finit par oblitérer une grande partie de l'organe qui lui sert de kyste.

Dans toutes ces circonstances, on a vu l'abdomen se remplir plus ou moins de sérosité, et former tantôt une ascite isolée, tantôt une ascite accompagnée d'hydropisie cellulaire. Il est extrêmement probable que dans la plupart de ces affections du foie, il se passe quelque chose de fort analogue à ce qui a lieu dans les expériences de Lower, dont j'ai fait mention en parlant des causes générales de l'hydropisie, et que l'exhalation séreuse se trouve alors considérablement augmentée dans toute la cavité abdominale.

Je vais rapporter quelques observations d'ascites causées par des maladies du foie.

Un cordonnier, âgé de cinquante-un ans, faible et mal constitué, avait eu plusieurs affections gastriques et vermineuses, dans lesquelles il avait fait usage de suc d'ail, avec beaucoup d'eau-de-vie. Il s'apperçut bientôt que son ventre prenait du volume et de la dureté : il employa divers remèdes qui ne produisirent aucun effet, et vint, six ou sept mois après, à la Clinique. Sa figure avait tous les caractères qui accompagnent les obstructions. L'abdomen faisait une saillie considérable, et la région épigastrique toute

entière était occupée par un corps dur, bosselé, tuberculeux, douloureux quand on le pressait, et qu'on reconnaissait aisément pour le foie ; on sentait de la fluctuation dans la région sus-pubienne, et les jambes étaient infiltrées. Les douleurs dans l'organe affecté et l'hydropisie, allèrent en augmentant ; la respiration devint fort gênée, et le malade finit par expirer dans un accès de suffocation. L'ouverture du cadavre fit voir un épanchement de sérosité dans les cavités thoraciques, et sur-tout dans l'abdomen. Le foie était d'un volume énorme et du poids de onze livres ; à sa surface, et dans toute sa substance, on voyait beaucoup de masses squirrheuses, blanchâtres et stéatomateuses.

Un roulier qui avait joui presque toute sa vie d'une bonne santé, quoique maigre et délicat, mais qui était fort adonné à la boisson, avait enfin éprouvé des douleurs fort vives dans une grande étendue de la région du foie; ces douleurs avaient été suivies d'un épanchement dans l'abdomen, et les extrémités inférieures s'étaient enfin infiltrées. Le malade reçu à la Clinique, quatre mois après l'invasion des douleurs, était dans un état de maigreur extrême et dévoré par la soif; il offrait tous les symptômes d'un éréthisme extraordinaire. La dyspnée était fort grande, l'hypochondre droit était toujours douloureux, et le malade ne se couchait que sur ce côté. La distension du ventre devint telle, qu'il se fit une rupture spon-

tanée à l'ombilic, ce qui donna issue à une grande quantité de sérosité. Les souffrances, loin de diminuer, devinrent excessives, la prostration devint extrême, et la mort arriva d'une manière tranquille. L'abdomen contenait encore de l'eau épanchée ; le foie était considérablement diminué de volume, et sa substance était entièrement dégénérée. L'épiploon et les intestins étaient noirâtres et comme gangrenés.

Une femme de quarante-quatre ans, avait éprouvé à l'âge de vingt-sept, des douleurs dans l'hypochondre droit, avec quelques symptômes d'hépatite. Deux ans après, les douleurs revinrent avec plus de force dans la même région, avec gonflement du foie, des étouffemens et des syncopes fréquentes ; il ne resta de ces accidens, qui durèrent plusieurs mois, qu'une douleur sourde et un gonflement dans la région affectée. La malade put vaquer pendant quelque temps à ses affaires ; mais les souffrances étant augmentées, toute l'habitude du corps devint jaune. Quelques mois se passèrent dans cet état, et lorsque cette femme vint à la Clinique, elle avait depuis vingt jours une fièvre qui revenait tous les soirs. Son ventre était fort gros, et on y sentait de la fluctuation : le volume du foie était augmenté ; elle y ressentait des douleurs sourdes, qui se propageaient aux lombes et au col. Son urine était rouge et sédimenteuse. La fièvre continua pendant quelques jours ; les pieds et les jambes s'infiltrèrent un peu. Une diar-

rhée fatiguante survint ; alors l'infiltration disparut, et le volume du ventre diminua beaucoup : mais rien ne put arrêter cette diarrhée, qui ne cessa qu'à la mort. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva qu'une assez petite quantité d'eau dans l'abdomen. Le foie était très-gros ; son lobe droit fort distendu, mais flasque et mou, n'était qu'un kyste énorme, dans lequel il y avait plus d'une pinte d'une liqueur jaunâtre, d'une odeur fétide et alliacée, que l'analyse chimique fit reconnaître pour de la bile dissoute. Au milieu de cette liqueur, on trouva plusieurs morceaux d'une matière concrète, de consistance graisseuse, d'une couleur ochracée, et de même nature que les concrétions biliaires. Les parois de ce kyste étaient épaisses, et en quelques endroits, presque ossifiées ; on découvrit dans son fond plusieurs ouvertures qui communiquaient librement avec le canal hépatique.

Les affections de la rate sont encore des causes fréquentes de l'hydropisie abdominale. Ce sont le plus souvent les engorgemens, les obstructions que les fièvres intermittentes opiniâtres, et qui attaquent plusieurs fois le même individu, finissent presque toujours par laisser dans ce viscère, ou bien qui résultent de la suppression trop prompte de ces fièvres par l'usage prématuré des astringens, du quinquina, etc. (1) D'autres circonstances

(1) Ces embarras, ou engouemens de la rate et des autres viscères de l'abdomen, à la suite des fièvres

peuvent encore les produire, et il est fort ordinaire, lorsque le foie est malade, de voir la rate prendre un volume extraordinaire, sans que sa substance paraisse dégénérée. Les rapports vasculaires qui existent entre ces deux organes, rendent raison de ce phénomène, et il est probable que la rate devient alors un *diverticulum* pour le sang qui circule avec plus de difficulté dans le foie.

Un cocher, âgé de quarante-six ans, avait eu depuis son enfance un grand nombre de fièvres intermittentes, tant quotidiennes que tierces; l'une d'elles, entr'autres, avait duré dix-sept mois. La dernière durait depuis près d'un an, lorsque cet homme, qui se livrait, d'ailleurs, à la boisson, fut reçu à la Clinique. Depuis environ trois mois, son ventre avait grossi par le gonflement de la rate qui occupait toute la partie gauche de l'abdomen jusqu'à l'ombilic, faisait une saillie considérable, et était douloureuse au toucher. On sentait un peu de fluctuation dans la région sus-pubienne, et l'extrémité inférieure gauche enflait le soir. Une disposition scorbutique qu'avait le malade céda, en peu de jours, aux remèdes

---

intermittentes, peuvent être plus légers que je ne le suppose ici, et cependant occasionner une ascite, à la vérité secondaire, mais dont l'art peut encore espérer de détruire les causes. C'est alors qu'on traite cette hydropisie, avec succès, par les fondans, les apéritifs, et que la fièvre elle-même, peut être quelquefois considérée comme un moyen de guérison.

appropriés, mais son état ne s'améliora pas. L'épanchement alla en augmentant, et le malade devint triste et abattu. Enfin, une diarrhée et des symptômes de péripneumonie accélérèrent la terminaison fâcheuse de cette affection. La cavité droite du thorax contenait un liquide puriforme, et le poumon du même côté était altéré dans son tissu. Il y avait beaucoup de sérosité jaunâtre dans l'abdomen. La rate était d'un volume énorme et d'une densité égale à celle du foie ; celui-ci était pâle et un peu dur.

Un garçon boucher, âgé de soixante ans, fort adonné à la boisson, se trouvant pris de vin, avait fait une chûte sur le pied de son lit, qui avait porté sur la région épigastrique : il ressentit beaucoup de douleurs dans cette région, et deux mois après son accident, il s'apperçut que son ventre enflait. Il était malade depuis six mois, lorsqu'il fut admis dans la salle de Clinique ; sa figure était pâle ; il respirait avec peine. Son ventre était très-distendu par une tympanite intestinale, qui occupait l'épigastre et la région ombilicale, et par un liquide dont la fluctuation était fort sensible dans la région sus-pubienne. La rate était gonflée ; ce gonflement était autant manifeste à la vue qu'au toucher. La sécrétion de l'urine se faisait assez bien, et il n'y avoit aucune trace d'hydropisie cellulaire. Sa peau était singulièrement desséchée, flasque et dépourvue de ton : il y avait aussi de la ten-

dance à la diathèse scorbutique. Les remèdes que l'on tenta ne diminuèrent aucunement l'enflure du ventre ; le malade rendit plusieurs fois par les narines un sang aqueux et décoloré ; il s'affaissa de plus en plus, ressentit quelques douleurs dans la région du foie, et fut pris à la fin d'une diarrhée qui termina ses jours. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la tympanite, qui pendant la vie était considérable, avait beaucoup diminué. Il n'y avait aucune infiltration ; les parties postérieures du sujet en étaient même exemptes. Une petite quantité de sérosité était épanchée dans les cavités thoraciques ; l'abdomen en contenait beaucoup ; le foie était dur et adhérait au diaphragme ; sa membrane externe ou péritonéale était altérée, plus épaisse et plus dense que dans l'état naturel. La rate était saillante, d'un volume considérable, et d'une forme très-alongée ; son tissu était détruit, comme pétri, et formait une sorte de bouillie dans sa partie supérieure.

On trouve dans Morgagni, Bianchi, etc. un grand nombre d'histoires d'hydropisies ascites, dans lesquelles on a rencontré, à l'ouverture des cadavres, le foie squirrheux et tuberculeux, et la rate saine, quant à son tissu, mais souvent d'un volume extraordinaire et gorgée de sang. Il n'y a nul doute que l'affection de la rate ne soit alors consécutive à celle du foie.

Dans l'examen des différentes causes qui peuvent produire une accumulation de séro-

sité dans l'abdomen, il ne faut pas oublier l'influence que doit avoir le trouble apporté dans le systême absorbant de cette cavité, soit par la compression que les viscères endurcis, ou augmentés de volume exercent sur des troncs de vaisseaux lymphatiques, soit par les obstructions, ou d'autres états pathologiques, dont les glandes qui appartiennent à ce systême, peuvent être en même temps affectées. C'est dans ce dernier cas sur-tout qu'on trouve les absorbans fortement distendus, ce qui prouve que l'obstacle à l'absorption n'existe point alors dans ces vaisseaux.

Il faut encore ranger parmi les causes qui produisent consécutivement l'ascite, les lésions organiques du cœur : nous avons déja plus d'une fois prouvé qu'il fallait remonter à ces lésions pour découvrir la cause primitive d'un grand nombre d'hydropisies. Sans doute qu'elles peuvent agir dans ce cas, en portant dans la circulation un trouble général, qui finit presque toujours par amener une hydropisie universelle ; mais il me semble qu'elles déterminent plus particulièrement une ascite, dans les cas où la circulation pulmonaire étant extrêmement gênée, le sang est refoulé et accumulé vers le foie, dans lequel il occasionne un véritable engorgement. Celui-ci se manifeste chez les malades par une augmentation de volume, de la tension et des douleurs plus ou moins vives, et produit les mêmes effets que les maladies essentielles de ce viscère,

relativement au trouble de la circulation abdominale et à l'augmentation de l'exhalation séreuse.

Je pourrais citer une foule d'exemples qui servent de fondement à cette opinion, mais je me borne seulement à rappeler l'observation que j'ai rapportée (1) en parlant de l'hydropisie cellulaire. On y voit, que dans le cours de la maladie, les symptômes d'un engorgement au foie se firent appercevoir de la manière la plus évidente, et qu'ils furent suivis d'un épanchement dans la cavité abdominale. L'inspection cadavérique démontra que cet engorgement qui était considérable, était purement sanguin.

Une attention légère donnée à l'examen des différentes causes que je viens d'assigner à l'hydropisie ascite, suffit pour déterminer aisément les cas où le prognostic peut être favorable, et où nous pouvons attendre quelque succès de nos soins; elle suffit encore pour faire reconnaître ces cas désespérans, et malheureusement si multipliés, dans lesquels nous n'avons que la triste perspective de la fin plus ou moins prochaine de l'individu qui réclame nos secours. Mais, si le nombre de ceux-ci l'emporte de beaucoup sur celui des premiers, l'art peut-il être accusé d'être en défaut, et pourrait-on exiger qu'il remediât aux désorganisations des viscères, à leur destruction partielle, ou totale, enfin à des maladies qui très-souvent ne peuvent être

(1) Page 33.

connues que par l'inspection cadavérique ; telles sont des hydatides dans la propre substance de ces viscères, des vomiques, etc. ? N'a-t-on pas fait beaucoup, lorsqu'au milieu de l'obscurité qui environne si souvent ces affections fâcheuses, on parvient à reconnaître le dérangement primitif auquel tous les autres phénomènes sont subordonnés ? Parvenu à ce point, le médecin sage s'abstient de donner des remèdes dont il sent l'insuffisance, et qui peuvent quelquefois accélérer la marche de la maladie, ou s'il en prescrit, ce n'est plus que pour adoucir des symptômes dont il ne peut atteindre la véritable cause, ou bien pour tâcher de voiler, aux yeux de son malade, le terme inévitable de ses souffrances : devoir douloureux et pénible, mais que la voix de l'humanité lui dicte impérieusement.

Je crois pouvoir conclure des faits que j'ai rapportés, en parcourant les différentes espèces d'hydropisies, qu'il est assez rare de voir un épanchement de sérosité dans l'organe cellulaire, ou dans les cavités splanchniques, former à lui seul une maladie distincte et bien déterminée ; qu'il faut, au contraire, dans le plus grand nombre des cas, remonter à une maladie antécédente, dans laquelle l'hydropisie n'est plus, à proprement parler, qu'un symptôme.

Il résulte delà, qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de faire entrer toutes

les hydropisies dans un cadre nosologique complet, si l'on veut pousser l'exactitude jusqu'à n'y placer que des maladies primitives. Lorsque l'étude de toutes les affections organiques aura été portée assez loin pour qu'elles soient parfaitement connues, et qu'on puisse les présenter dans un ordre systématique et régulier, il est probable que le phénomène de l'hydropisie entrera nécessairement dans l'histoire de beaucoup d'entre elles, comme un de leurs symptômes, ou effets secondaires.

Je n'ai presque pas parlé, dans cet Essai, des moyens que l'art emploie dans le traitement des hydropisies; cette considération, en quelque sorte étrangère au but que je m'étais proposé, m'eût entraîné fort au-delà des bornes d'une dissertation ordinaire; car la multiplicité des indications qu'offrent les différens cas, soit que l'on puisse attaquer directement la cause de la maladie, soit que l'on se borne à faire la médecine symptômatique, m'aurait forcé à passer en revue une grande partie de la matière médicale, plusieurs procédés de la médecine opératoire, et à faire l'appréciation de tous ces moyens, dans chaque circonstance, ce qui aurait demandé des applications, et des répétitions également fastidieuses.

Je terminerai donc ce faible travail, en rappelant ce que le père de la médecine, dit en parlant du prognostic général de l'hydropisie :

« Pour qu'un homme attaqué d'hydropisie

» puisse guérir, il faut que ses viscères soient
» en bon état, qu'il conserve de la vigueur,
» que ses fonctions digestives s'exercent avec
» facilité, que sa respiration soit libre, qu'il
» n'éprouve aucunes douleurs, que son corps
» ait une chaleur douce et égale, et que ses
» extrémités ne soient pas dans un état de
» marasme.....

» Il n'y a plus d'espoir lorsqu'il se trouve
» dans les circonstances opposées. » *Liv. 2
des Prognostics.*

FIN.

ERRATA.

PAGE 7, lig. 24, sonde; *lisez* soude.

Page 8, lig. 25, des causes éloignées; *lisez* de causes éloignées.

Page 11, lig. 26, actions organiques; *lisez* lésions organiques.

Page 12, lig. 13, gauche; *lisez* gauches.

Page 32, lig. 29, épanchenent; *lisez* épanchement.

Ibid. lig. 31, son obsur; *lisez* obscur.

Page 76, lig. 30, il n'y a; *lisez*, il n'y a point.